

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Étude ethnographique des rapports sociaux en milieu obstétrical au Burkina Faso

par

Loubna Belaïd

Anthropologie

Arts et sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en anthropologie

juin 2008

© Loubna Belaïd, 2008



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Étude ethnographique des rapports sociaux en milieu obstétrical au Burkina Faso

Présentée par :
Loubna Belaïd

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Bernard Bernier, président-rapporteur
Gilles Bibeau, directeur de recherche
Meintel Deirdre, membre du jury
[Taper le nom] , examinateur externe
[Taper le nom] , représentant du doyen de la FES

RÉSUMÉ

Cette étude ethnographique a pour objectif la compréhension de l'expérience de la maternité telle que la vivent les femmes dans le contexte d'un service public et, également, de l'activité de soins des intervenants en santé autour de l'évènement de la naissance, à Ouagadougou, au Burkina Faso. L'objet de cette ethnographie consiste à reconstruire le sens que donnent les femmes à leur vécu de grossesse et d'accouchement, à comprendre la perception que les professionnels de la santé ont de leurs actions, c'est-à-dire des soins obstétricaux et périnataux qu'ils offrent, et à décrire les interactions entre les deux groupes. Cette étude s'inscrit dans une démarche inspirée par une ethnographie de l'expérience et de la sociologie des rapports sociaux construite par Bourdieu. La méthode utilisée est de nature qualitative, basée essentiellement sur la collecte d'entretiens et sur l'observation des interactions durant les consultations prénatales et dans la salle d'accouchement. La recherche a duré deux mois. Au total, dix-neuf entrevues et une dizaine d'observations dans ces deux services de maternité ont été effectuées et ont constitué mon corpus d'analyse. La recherche a montré que le phénomène de violence qui, d'après la littérature sur l'enfantement en contexte africain, serait structurel et systémique est beaucoup plus complexe à appréhender en milieu obstétrical. Les comportements des soignants à l'égard des femmes sont extrêmement variés et diversifiés. Des défaillances d'ordre organisationnel et structurel conduisent à une rigidité des rapports sociaux entre ces deux groupes. Une série de facteurs entrent en jeu pour modeler ces interactions. Les facteurs socioéconomiques et culturels, ainsi que des prédispositions telles que l'empathie et la compassion, ont une influence importante sur l'interaction avec les femmes enceintes et les parturientes. Néanmoins, reconnaître l'humanité des soignants est un grand pas vers une meilleure humanisation des soins en milieu obstétrical. Les faire participer au processus de mise en œuvre des politiques publiques de santé est une solution à laquelle il est nécessaire de songer pour améliorer la santé maternelle.

Mots clés : Burkina Faso, interaction, sage-femme, parturiente, humanité, service public, obstétrique, maternité, pouvoir, inégalités.

Abstract

The aim of this study is to understand the experience of giving birth in a public service and the practices of birth care of professionals of health in Ouagadougou, Burkina Faso. The goal of this ethnography is to reconstruct the meaning that women attribute to their own experience of pregnancy and delivery and to understand the perception that caregivers have of their own actions that is to say obstetrics care and prenatal consultations and to describe their interactions with women. This study is inspired by an approach of ethnography of experience and Bourdieu's sociology of relationships. The methodology used is essentially qualitative, and based on interviews and observations in prenatal consultations and the delivery room. The research was carried out over two months. The body of the analysis relies on a total of nineteen interviews, and about ten observations. The research shows that the phenomenon of violence that would be structural and systemic according to the literature of childbirth in Africa is much more complex to understand in the obstetric field. The behaviour of caregivers towards women reflects great diversity and variety. Organizational and structural failures lead to rigid relationships between these women and the caregivers. Many factors interfere and tend to transform the interactions between pregnant women and caregivers. Socioeconomic, cultural and human qualities such as empathy and compassion influence greatly in the interactions with parturients. However, accepting the caregivers' humanness is a great step towards better humanization of caregiving in obstetric services. Moreover, involving them directly in the process of health implementation is an alternative that we should be contemplated in order to improve maternal health.

Keywords: Burkina Faso, interaction, midwife, parturient, humanness, public service, obstetric, maternity, power, inequality

Table des matières

RÉSUMÉ.....	iii
Abstract.....	iv
Table des matières	v
Liste des abréviations	vii
Introduction.....	1
Chapitre I : Approche méthodologique d'un centre public d'obstétrique	6
I. Entrée sur le terrain et collecte de données	8
1. Instruments de collecte de données	10
2. Profil sociodémographique des répondants	15
3. Portrait de la situation sanitaire	16
II. Description du site de la recherche	22
Chapitre II : Cadre conceptuel et question de recherche	28
I. L'apport des sciences sociales à la compréhension des interactions en milieu hospitalier	30
1. Penser l'interaction en termes de relation thérapeutique.....	30
2. Envisager l'analyse des interactions sous la plume goffmanienne.....	31
3. Analyser les interactions sous l'angle de la sociologie de Bourdieu.....	32
4. Le legs du théoricien dans le champ médical	36
II La spécificité des sociétés africaines dans l'étude des rapports sociaux	39
1. Une approche sociohistorique des interactions sociales en milieu hospitalier ..	39
2. Une ethnographie de l'expérience	49
Chapitre III : L'expérience de la maternité par les parturientes	54
I. Importance de l'enfantement dans la société burkinabée.....	55
1. L'enfantement : une exigence sociale avant tout.....	55
2. Continuité du lignage.....	57
3. Enfanter : entre devoir social et désir de maternité	58
II. Importance de l'enfantement pour les femmes	58
1. Un soutien émotionnel.....	58
2. Une garantie pour l'avenir	59
III. L'accompagnement à la naissance.....	61
1. La dimension du genre dans l'utilisation des services de soins	61
2. L'importance du réseau social dans les prises de décision.....	64
3. L'expérience de l'accouchement : le moment crucial	65
Chapitre IV : Le contact des femmes enceintes avec le service obstétrical	68
I. Perception des services publics et incompréhension des politiques publiques de santé : une situation qui n'encourage guère les femmes à utiliser les centres de santé	69

II. Organisation interne et gestion des services de soins	76
III. L'univers des soignants : un microcosme de société.....	79
Chapitre V : L'espace des relations : quels types de rapports l'équipe soignante entretient-elle avec les femmes enceintes et les parturientes?.....	86
I. Tendances générales des rapports sociaux en milieu obstétrique	87
1. Construction d'un lien fort, de confiance	87
2. Construction d'un lien anonyme, d'indifférence	88
3. Construction d'un lien hostile, de pouvoir et de domination	89
a. L'histoire d'Aissatou	89
b. L'histoire de Rama	91
c. L'histoire de deux Nigérianes	93
d. Une garde avec madame Touré	96
e. Une garde avec madame Diop	100
Chapitre VI : L'expérience de l'interaction avec l'équipe soignante	105
I. Une expérience positive	106
II. Les compétences relationnelles et les qualités humaines : les clés de la réussite pour le bon déroulement d'une interaction.....	107
1. L'importance de l'accueil	108
2. La nécessité d'engager le dialogue	109
3. L'effort de compréhension : l'assistance dans la douleur, l'empathie	110
4. La communication : le travail de sensibilisation, de prévention	111
5. Éthique et souci de responsabilisation.....	112
III. Les facteurs individuels et personnels au cœur de l'interaction	115
1. L'approche médicale de la pratique obstétricale	116
2. La profession obstétricale : entre empathie et autorité	117
3. Être au cœur de la vie	119
4. Être femme, mère et sage-femme	119
5. Le travail en milieu rural : une expérience troublante.....	120
Conclusion	123
BIBLIOGRAPHIE.....	125

Liste des abréviations

OMS : Organisation mondiale de la Santé

WHO : World Health Organization

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

SMI : Santé maternelle infantile

CPN : Consultation prénatale

IST : Infection sexuellement transmissible

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

LASDEL : Laboratoire d'étude et des recherches sur les dynamiques
sociales et le développement local

À toutes les femmes burkinabées qui m'ont permis de m'introduire dans leur univers de la maternité et de comprendre leur réalité quotidienne.

À l'équipe soignante du secteur 15 de La Patte-d'oie avec qui j'ai partagé tout au long de mon séjour des moments forts en émotions.

À Madame Safi et Monsieur Ahmed Koné, mes parents adoptifs africains : il n'y a pas de mots pour vous remercier de votre chaleureux accueil et de votre soutien dans mon étude de terrain.

Au professeur Gilles Bibeau pour son soutien important et son aide à la réalisation de ce mémoire.

Au professeur Bernard Bernier pour ses commentaires académiques très éclairants.

À mes parents, qui m'ont toujours soutenue et encouragée dans la poursuite de mes études.

Un grand merci à vous tous.

« Appréhendez la santé des femmes non pas comme un problème démographique ou de santé publique, mais comme un véritable projet social. »

FATOU SOW, Colloque Santé des femmes et qualité de vie, Québec, 5 juin
2007

Une journée à la maternité du secteur 15, Ouagadougou, Burkina Faso.

Premier jour de terrain en maternité. J'arrive au dispensaire. Je me rends directement dans la salle d'accouchement. Il y avait deux femmes en travail. Elles étaient couchées à même le sol. Les deux femmes étaient toutes les deux accompagnées par des membres féminins de leurs familles respectives. Je les salue. Il y avait une sage-femme, un maïeuticien et quatre stagiaires. Monsieur Ouerdraogo est un maïeuticien d'une quarantaine d'années. Il me prend rapidement en charge en me donnant une blouse et en me demandant l'objet de ma recherche (si j'étais dans le milieu de la santé). Je lui dis que je suis ici en tant qu'anthropologue. Je lui demande s'il aime sa profession. « Beaucoup », me répond-il. Cela fait dix ans qu'il exerce cette profession. Je lui demande les raisons qu'ils l'ont poussé à s'engager dans cette voie. Il me répond qu'il aime venir en aide aux femmes et qu'il aime beaucoup les enfants.

Au même moment, madame Touré, une sage-femme qui exerce la profession depuis 1993 et travaille depuis 2000 dans ce centre de santé, entre dans la salle. Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, très souriante et chaleureuse. Monsieur Ouerdraogo et elle font entrer les deux femmes en travail. Ils les couchent chacune sur une table. Les deux femmes exprimaient de manière très différente leurs douleurs. L'une était très silencieuse et l'autre exprimait sa souffrance en criant à haute voix, en s'agitant. L'équipe soignante pose à chacune une perfusion. Les deux femmes étaient primipares. Les soignants, à tour de rôle, tentent de calmer la parturiente angoissée. Madame Touré lui prend la main et lui

demande de se calmer. Elle tentait de la rassurer. Monsieur Ouerdraogo lui dit qu'il faut accoucher en souriant.

Une autre jeune femme entre dans la salle et explique au maïeuticien son problème. Elle lui dit qu'elle a des douleurs pelviennes et des saignements, et que son cycle menstruel est très irrégulier. Le maïeuticien répond à la femme qu'il va lui faire un toucher vaginal, mais cela coûte 500 francs CFA. La femme semblait très gênée de ma présence. Durant l'échange, elle n'osait pas regarder l'intervenant. Lui essayait de la mettre à l'aise en la faisant rire. Elle lui demande si elle peut se coucher sur la deuxième table pour éviter les regards (cette table est près d'un paravent). Il lui répond : « Pas de problème. »

À la fin de la consultation, il lui dit : « Je vais très bien te soigner. » Il lui fait une ordonnance et un bulletin pour l'échographie. Il lui indique le lieu où elle doit se rendre et lui demande de revenir le lendemain avec l'échographie. Lorsque la femme quitte la salle, il me dit que la communication est très importante. Il me dit : « Si tu m'expliques ton problème, je ferai mon possible pour t'aider. »

La fille de salle entre et lui dit qu'il y a une femme malade qui attend à l'extérieur. Il prend des gants et va l'examiner. Il revient en disant qu'il s'agit d'un avortement spontané. « Il faut faire une petite intervention », dit-il en rentrant à nouveau dans la salle d'accouchement.

Une autre femme entre avec une échographie en main. Elle semblait très angoissée. Elle pensait que sa grossesse présentait une anomalie. Monsieur Ouerdraogo regarde l'échographie et lui affirme que sa grossesse va bien. Durant l'échange, il était constamment souriant, ce qui a mis la parturiente très à

l'aise. Elle lui explique par la suite sa peur en lui disant qu'elle a déjà perdu un enfant et qu'elle ne voudrait pas perdre un second enfant. Il a tenté tout au long de l'échange de la rassurer.

On prépare la trousse d'obstétrique pour les deux femmes. Les intervenants félicitent la femme qui ne manifeste aucune douleur verbale. Elle souffre en silence. Monsieur Ouerdraogo lui fait un examen vaginal et dit : « Cette femme vaut neuf. » Les intervenantes dans la salle se mettent à rire. La femme silencieuse est en complète dilatation. Monsieur Ouerdraogo l'encourage à pousser. Dès l'apparition de la tête, il laisse l'accoucheuse finir le travail. Une coupure d'électricité se produit. Dès que l'enfant est sorti, le courant est revenu et la climatisation s'est remise à fonctionner. Il s'agit d'une petite fille de trois kilos et cinq cents grammes. L'accoucheuse regarde l'enfant et me dit : « Elle a une vilaine bouche. » Monsieur Ouerdraogo me dit que les autres femmes vont suivre, signifiant par là que lorsqu'une femme accouche les autres suivent directement derrière, comme s'il suffisait d'un déclencheur. Une autre femme était en travail. Elle était dans la salle d'attente.

La deuxième femme se plaignait en permanence. Elle semblait beaucoup souffrir. Je voyais que les intervenants commençaient à s'impatienter envers cette patiente. À tour de rôle, les intervenants tentaient de la rassurer en lui donnant la main et en touchant son front. Son accouchement s'annonçait difficile. Lorsque monsieur Ouerdraogo aperçoit la tête de l'enfant, il demande à une accoucheuse de venir pousser sur le ventre de la parturiente. Mais en vain, la parturiente est épuisée. Monsieur Ouerdraogo lui dit qu'elle est en train d'empêcher l'enfant de respirer parce qu'il n'est pas dedans et qu'il n'est pas dehors. Il demande à ce

qu'un membre de la famille entre. Une femme est entrée. Elle parlait à la parturiente en moré. Elle s'est mise également à la place de l'accoucheuse pour pousser sur le ventre de la parturiente. Mais cela ne semblait pas fonctionner. La parturiente se fait une déchirure. Elle donne naissance à une petite fille de trois kilos et quatre cents grammes. Madame Touré intervient pour faire des points de suture à la parturiente. Celle-ci semblait être en grande souffrance durant tout le travail. Elle a appelé constamment une stagiaire, Irène, pour qu'elle puisse rester avec elle et lui donner la main. Je quitte le dispensaire.

Introduction

Y a-t-il véritablement violence à l'égard des femmes dans les centres publics d'obstétrique en Afrique francophone? C'est cette question qui m'a conduite à entreprendre une étude ethnographique ayant pour objectif la compréhension de l'expérience de la maternité vécue par les femmes, notamment dans le contexte d'un service public, et la description des activités de soins des intervenants en santé autour de l'événement de la naissance. La littérature sur l'enfantement en milieu africain, et plus spécifiquement sur les relations entre les parturientes et les sages-femmes, ne propose que des approches limitées et globalisantes du phénomène. La femme, y lit-on généralement, serait complètement dépossédée de cette expérience éminemment intime. Elle ne vivrait sa grossesse et son accouchement que dans le sens de l'exigence sociale et dans des conditions les plus dégradantes et humiliantes.

Je souhaitais dépasser ces approches, car la réalité de l'expérience de la maternité est beaucoup plus complexe. C'est pourquoi l'objet de cette enquête ethnographique est de reconstruire le sens que donnent les femmes à leur vécu de grossesse et d'accouchement, de comprendre la perception que les professionnels

de la santé ont de leurs propres actions, soit les soins obstétricaux et périnataux qu'ils offrent, et de décrire les interactions entre ces professionnels et les femmes qui accouchent. L'étude que j'ai réalisée s'inscrit dans une démarche inspirée par une ethnographie de l'expérience. J'ai tenté, tout au long de ce travail, de reconstruire le sens que donnent les acteurs à leurs propres actions dans un espace social donné. Je me suis intéressée aussi aux histoires singulières et au vécu de ces femmes à un moment précis de leur vie. Cette recherche se centre sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement.

Laisser une place considérable aux voix des femmes dans ce mémoire m'a semblé important puisqu'elles sont les actrices principales du travail anthropologique qui le sous-tend et ont contribué à la compréhension qui en est ressortie.

L'étude a eu lieu à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso, en Afrique de l'Ouest. La méthodologie utilisée est de nature qualitative, basée essentiellement sur la collecte d'entretiens et sur l'observation des interactions au cours de consultations prénatales et dans la salle d'accouchement, durant le travail. J'ai effectué ma recherche dans un centre de santé et de promotion sociale (CSPS) du secteur 15 de la Patte-d'Oie. J'avais préalablement établi un contact avec une sage-femme de ce centre de santé. La recherche a duré deux mois. Au total, dix-neuf entretiens ont été menés et plus d'une dizaine d'observations durant des consultations prénatales et dans la salle d'accouchement ont été effectuées. Les entrevues avec les deux groupes de répondants et les notes d'observations dans les deux services de la maternité constituent mon corpus d'analyse.

La recherche a montré que le phénomène de violence décrit dans la littérature, dit structurel et systématique dans les services de santé, est beaucoup plus complexe à appréhender dans l'espace obstétrical. Il apparaît en effet impossible de simplement valider ou réfuter les affirmations relatives à la violence dans ce milieu tant les situations d'interactions entre les femmes enceintes et les professionnels de la santé sont diversifiées.

J'ai constaté qu'un ensemble de facteurs socio-économiques et culturels, ainsi que certaines prédispositions telles que l'empathie, la compassion, les dimensions émotionnelles et l'affect, jouent un rôle non négligeable dans la construction de l'interaction entre l'intervenant en santé et la femme enceinte ou la parturiente. Il se révèle ainsi impossible de généraliser les comportements des soignants. Cette étude m'a permis également de mettre en évidence l'importance des facteurs sociaux au cœur des processus biologiques et physiologiques.

Les femmes rencontrées semblaient toutes exprimer une satisfaction à l'égard des soins qu'elles ont reçus au cours de leur grossesse et de leur accouchement. Néanmoins, leur perception des agents de santé est fortement contrastée : la satisfaction exprimée s'accompagne de critiques importantes. Cela s'explique par l'image très négative des services publics soutenue par les médias et le gouvernement. Les femmes semblaient dès lors devoir m'exprimer un discours présent dans leur réalité sociale. Autrement dit, elles tentaient de donner du sens à leur expérience en véhiculant un discours faisant intégralement partie du système explicatif partagé par l'ensemble de la communauté. Est-ce parce qu'elles veulent dénoncer ces réalités ou bien souhaitent-elles tout simplement être en accord avec la perception de la communauté?

Outre cette image péjorative, une incompréhension du système de soins et de l'organisation interne des services de santé tend à renforcer l'hostilité et à rigidifier les rapports entre les deux groupes d'acteurs (équipe soignante d'un côté, femmes enceintes et parturientes de l'autre) occupant l'espace clinique.

Souffrant pour leur part de l'image fortement négative à laquelle on les associe, les agents de santé sont confrontés à un manque de reconnaissance sociale qui touche dans une même mesure ceux d'entre eux qui tentent de travailler de manière très professionnelle et humaine.

En outre, une relation asymétrique et inégalitaire est bien présente dans les interactions entre les agents de santé et les femmes enceintes. Certains agents tendent néanmoins, par leurs compétences sociales et humaines, à rééquilibrer la relation avec les femmes qui les consultent, alors que d'autres agents de santé tendent au contraire à renforcer cette inégalité par le pouvoir que leur confèrent leur position et leur statut social. Cette enquête ethnographique m'a ainsi conduite à une meilleure compréhension des mécanismes d'inégalité sociale et des logiques de pouvoir agissant dans la pratique clinique.

Afin de découvrir l'univers des femmes à travers l'expérience qui consiste à donner la vie, je propose d'examiner dans un premier chapitre l'approche méthodologique que j'ai utilisée pour mener cette recherche anthropologique au cœur de la maternité. Le deuxième chapitre explore la littérature qui aborde les rapports sociaux en milieu clinique. Le troisième chapitre constitue l'entrée concrète dans l'univers des femmes. Ce chapitre tente de donner une dimension raisonnée à ce qui s'exprime dans le monde du plus personnel, du plus intime : celui où l'on donne la vie. Le chapitre quatre examine les rapports

qu'entretiennent les femmes avec l'institution dans laquelle elles donnent naissance à leurs enfants. Le chapitre cinq décrit les rapports des femmes avec l'équipe soignante. Dans ce chapitre, je reconstruis le sens de l'expérience vécue par les femmes dans leurs interactions avec l'équipe soignante, ainsi que l'expérience vécue par le personnel soignant autour de la naissance. Le chapitre six peut être considéré comme le cœur du mémoire. Dans cette partie, je confronte les deux groupes d'acteurs en interaction dans l'espace obstétrical.

Chapitre I : Approche méthodologique d'un centre public d'obstétrique

« C'est en allant au bout de soi-même, avec lucidité et sans masque, que la compréhension du monde qui m'est le plus étranger est possible. »

MICHEL LEIRIS, *L'Afrique fantôme*, 1981 (1934)

Ma fascination pour le Burkina Faso, que l'on nomme communément « le pays des hommes intègres », a commencé en 2004 lors d'un voyage avec une petite association universitaire dans le cadre d'un projet d'aide au développement en matière d'éducation.

Nous sommes arrivés à Ouagadougou en pleine nuit. Le lendemain matin, nous devons quitter la ville pour nous rendre à Nabadogo, un village situé à 60 kilomètres de Ouagadougou, pour y réhabiliter des locaux d'instituteurs afin d'attirer ces derniers à venir enseigner dans le village. Lors de notre arrivée, nous étions logés dans un local d'un quartier populaire de la capitale (Samandin) pour y passer la nuit. Fascinée par ce premier voyage en Afrique, je n'ai pas fermé l'œil de la nuit. Au petit matin, j'ai ouvert le portail du logement qui nous séparait de la population. Je me souviens encore de cette scène qui m'a marquée pour la vie. Je vois encore ces femmes qui cuisinaient sur le bord de la route, ces enfants qui déambulaient sur la voie, tous ces cyclistes allant probablement travailler. Je sens encore l'odeur de la friture émanant de la cuisine de ces femmes. Je vois encore ces petites filles qui puisaient l'eau du puits tout en riant et jouant entre elles. J'entends encore la musique ivoirienne¹ provenant de l'épicerie située sur le bord de la chaussée. Je n'imaginais pas l'Afrique comme cela. J'avais en tête l'image d'une Afrique triste, pleine de misère, de pauvreté et de gens mourant de faim. Une image de l'Afrique telle que les médias nous la présentent. Je me souviens

¹ La musique ivoirienne est très appréciée par les Burkinabés. Elle anime la majorité des endroits publics. Il est important de noter que la forte influence historique de la Côte d'Ivoire sur le Burkina reste très présente aujourd'hui.

encore de ce jeune Burkinabé qui me dit ce jour-là : « C'est le Burkina qui est pauvre, mais les Burkinabés sont riches de l'intérieur. »

I. Entrée sur le terrain et collecte de données

C'est à partir de ce moment que j'ai commencé à porter un grand intérêt à ce pays, à tel point que je n'avais qu'une seule envie, celle d'y retourner pour aller à la rencontre des peuples qui le composent². J'entrepris un second voyage en 2006 pour rendre visite aux personnes que j'avais rencontrées lors de mon premier séjour, mais aussi pour rencontrer les femmes. À mon premier voyage, j'avais ressenti une très grande insatisfaction du fait que je n'avais échangé que très peu avec les femmes puisqu'elles étaient très occupées à travailler dans les champs et à exécuter les tâches auxquelles elles sont assignées. Nous étions en permanence en contact avec les hommes du village, qui étaient beaucoup plus présents dans la sphère publique. C'est donc dans le but d'aller à leur rencontre que j'entrepris ce nouveau voyage auprès des femmes africaines qui m'interpellent et m'intriguent. On me mit alors en contact avec une sage-femme qui travaillait dans un centre de santé. Elle me donna rendez-vous le lendemain à son lieu de travail. Elle m'avait véritablement ouvert les portes sur un monde inconnu. J'ai été rapidement

² Le Burkina, comme plusieurs pays d'Afrique, a connu un important brassage culturel. Afin d'éviter toute singularité et homogénéité en mentionnant les Burkinabés, je préfère parler de *peuples*, au pluriel, afin de rendre compte de la richesse culturelle du pays.

impressionnée par ce milieu exclusivement féminin. J'ai découvert au cours de ce bref séjour au centre de santé une réalité difficile à laquelle des femmes se confrontent quotidiennement, celle de donner la vie. Ce voyage initiatique dans l'univers féminin m'a complètement troublée. J'ai alors décidé de découvrir l'univers des femmes africaines à travers l'expérience de la naissance de leurs enfants... Voilà comment a commencé mon travail anthropologique au cœur de la maternité.

La recherche que j'ai effectuée pour cette maîtrise a donc eu lieu dans un centre de santé de Ouagadougou, au Burkina Faso. Mon terrain s'est fait en deux temps. Un terrain à titre exploratoire d'une durée d'un mois a été réalisé en 2006. Ce premier contact avec le service d'obstétrique m'a permis d'entrer en relation avec des sages-femmes et de saisir les enjeux entourant la santé maternelle. La deuxième partie, soit l'étude de terrain proprement dite dans laquelle les données ont été recueillies, s'est déroulée sur une période de deux mois à partir de juillet 2007. L'approche utilisée est de nature qualitative. J'ai réalisé, d'une part, des entrevues semi-dirigées et, d'autre part, des observations au centre de santé. Les observations en question ont été menées soit dans le service de santé maternelle infantile (SMI) durant des consultations prénatales, soit dans la salle d'accouchement. Durant ma collecte de données, j'ai vécu avec une sage-femme. Partager son quotidien m'a permis d'avoir accès à l'envers du décor et de faire des observations additionnelles qui ont alimenté ma recherche. Les notes de terrain et les entrevues retranscrites ont constitué mon corpus d'analyse.

Au cours de mon étude de terrain, je me suis rendue pendant quelque temps au Mali, à Bamako. J'y ai rencontré une jeune médecin qui était en train de se spécialiser en gynécologie. Elle travaillait dans un centre médical de Bamako où j'ai eu l'occasion de me rendre et où j'ai fait une entrevue avec elle. Ce bref séjour au Mali a aussi nourri ma recherche, notamment en ce qui a trait à la compréhension des enjeux entourant la santé reproductive et maternelle en Afrique de l'Ouest, et également en ce qui touche les conditions de vie et de santé des femmes africaines.

Au total, dix-neuf entrevues ont été menées, soit avec des femmes ayant donné naissance dans un service public, soit avec des intervenants, majoritairement des sages-femmes du centre de santé dans lequel je faisais mes observations. La durée des entretiens a varié entre une demi-heure et une heure.

1. Instruments de collecte de données

J'ai constitué deux grilles d'entretien. La grille pour les parturientes avait pour objectif de documenter l'expérience d'accouchement dans un service public et de saisir la perception que ces femmes ont de la relation qu'elles ont entretenue avec l'équipe soignante. La grille pour les agents de santé avait pour finalité de saisir les rapports que ceux-ci entretiennent avec les femmes enceintes ou les parturientes et la perception qu'ils ont de leurs univers de travail. Autrement dit, il s'agissait de saisir leur expérience d'activité de soins; leurs conditions de travail, l'organisation des soins, leurs rapports avec leurs collègues de travail. Il m'a paru intéressant d'étudier les deux versants de l'interaction, c'est-à-dire de prendre en compte la femme en train de donner la vie, laquelle se retrouve dans une situation

de vulnérabilité et, de l'autre côté, la personne qui a pour rôle de venir en assistance à cette femme en détresse et qui a pour responsabilité de soulager et d'apaiser ses douleurs physiques et psychologiques.

Toutes les entrevues ont été faites en français. J'avais fait deux entrevues dans la langue locale majoritaire, le moré, avec une amie burkinabée qui avait servi de traductrice, mais il a été difficile d'aller en profondeur durant l'entrevue. Les données recueillies durant ces deux entrevues étaient très brèves. Lors de mon étude de terrain, j'ai réalisé que la non-maîtrise du moré a constitué pour moi un handicap. Bien que la langue française soit très utilisée, une proportion importante de la population ne la parle pas, ce qui amène fréquemment les agents de santé à utiliser une ou plusieurs autres langues durant les consultations.

La deuxième difficulté à laquelle j'ai été confrontée est que certaines intervenantes pensaient que j'étais venue « évaluer » ou « contrôler » leur travail. Quelques années auparavant, en effet, un groupe d'étudiants français avait fait un stage dans ce centre de santé et avait rédigé un rapport extrêmement critique et négatif à son égard. D'après certaines intervenantes, ces jeunes stagiaires ont projeté un regard très distant et ont porté un jugement de valeur empreint de stéréotypes « offensants », sans réellement comprendre les réalités de leurs conditions de travail. Pour d'autres intervenantes, ce groupe d'étudiants a tout simplement transposé le modèle de la biomédecine occidentale à la réalité africaine. Pour me détacher complètement de cette association qu'elles établissaient entre ces étudiants et moi, j'ai dû à plusieurs reprises, au début de mon intégration au centre de santé, me justifier et expliquer que mon travail n'était pas de nature évaluative, et que je cherchais plutôt à comprendre le sens de

leur activité de soins et des rapports qu'elles entretiennent avec les femmes enceintes et les parturientes. La sage-femme chez qui j'ai vécu m'a également beaucoup appuyée pour que je puisse gagner la confiance des intervenantes qui associaient ma présence avec ce groupe de stagiaires.

Je n'avais pas de critères fixes au départ pour sélectionner mes répondants. La seule exigence, dans le cas des parturientes, était qu'elles aient donné naissance au moins une fois dans un centre de santé public. Pour les agents de santé, les entrevues ont eu lieu tantôt sur les lieux de travail, tantôt à leur domicile.

Il m'avait été demandé de porter une blouse blanche³ ou rose pour effectuer mes observations durant les consultations, afin d'éviter que ma présence ne gêne les femmes. Plusieurs agents de santé m'ont mentionné que ne pas porter la blouse impliquerait un non-respect de la femme enceinte et « violerait » son intimité, dans la mesure où seule l'équipe soignante a le droit de s'introduire dans l'espace intime des femmes.

J'ai été perçue de manière ambivalente par les agents de santé. On me considérait tantôt comme une étudiante s'intéressant au domaine de la maternité, faisant une recherche universitaire, tantôt comme une personne venant les « aider » durant les consultations. En effet, l'observation était participative. J'avais pour rôle de prendre le poids et la taille des femmes à leur arrivée. Je remplissais ensuite les carnets de santé en y inscrivant les données que la sage-femme me dictait (la hauteur utérine⁴, la présence d'œdèmes, la présence

³ La blouse blanche est celle des accoucheuses, et la blouse rose celle des sages-femmes.

⁴ La hauteur utérine est l'augmentation du volume et de la taille de l'utérus pendant la grossesse.

d'infections...). Enfin, je distribuais à toutes les femmes les comprimés pour l'anémie, et leur remettais également le traitement spécifique pour la prévention du paludisme lorsqu'elles atteignaient une hauteur utérine de vingt centimètres. Je faisais aussi de la traduction de l'anglais au français. À ma grande surprise, un nombre important de femmes provenant de pays anglophones, plus particulièrement du Nigeria, sont installées au Burkina Faso et viennent évidemment demander des consultations dans les centres de santé.

Du côté des femmes enceintes et des parturientes, j'étais perçue comme une membre de l'équipe soignante. Le port de la blouse marque incontestablement la séparation des deux univers, celui des femmes enceintes et celui de l'équipe soignante. Il permet également l'agrégation à la communauté des soignants et à la communauté médicale. C'est pour cela que j'ai décidé de faire à l'extérieur du centre de santé mes entrevues avec des femmes ayant vécu une grossesse. J'allais d'un quartier à l'autre à la rencontre des femmes. J'abordais souvent dans les rues celles qui étaient accompagnées d'enfants pour leur demander de m'accorder une entrevue. L'entrevue elle-même avait invariablement lieu à leur domicile. Je me présentais à ces femmes comme une étudiante s'intéressant à la maternité. Je leur expliquais que l'objectif de mon étude était de comprendre l'expérience qu'elles ont vécue avec l'équipe soignante du centre de santé qu'elles ont fréquenté, tant durant les consultations prénatales que lors des accouchements. Le recrutement a été assez facile. Les femmes étaient extrêmement ouvertes et coopératives. Elles ne semblaient pas gênées par l'enregistreuse. Les agents de santé étaient également fort coopératifs et ouverts durant les entrevues. Ils tentaient de m'offrir le plus de détails possible sur leur expérience de travail, et plus spécifiquement sur

leurs rapports avec les parturientes. Je remplissais un formulaire de consentement pour chaque personne qui participait à l'étude.

J'ai également fait une demande d'autorisation auprès du médecin-chef du district pour pouvoir effectuer des observations dans le centre de santé. Je me suis centrée plus particulièrement sur l'observation des consultations prénatales et des accouchements dans la mesure où je souhaitais saisir la dynamique relationnelle prénatale et postnatale. Dans les consultations prénatales, j'avais pour objectif d'observer les femmes, de saisir leur état émotionnel avant l'accouchement. Sont-elles angoissées par les consultations prénatales, ou considèrent-elles ces suivis comme une simple routine? Demandent-elles des conseils à l'équipe soignante? Quels sont leurs attentes, leurs besoins durant la grossesse? Y a-t-il coopération dans l'interaction entre les deux protagonistes? Je voulais aussi étudier l'autre versant de la situation, du côté de l'équipe soignante. Quels rapports les intervenants en santé entretiennent-ils avec les femmes enceintes? Comment perçoivent-ils leur rôle dans la grossesse de ces femmes?

L'observation des accouchements avait pour but de voir comment les deux groupes réagissent devant ce processus qui consiste à donner la vie. Les femmes qui accouchent se retrouvent dans une situation d'extrême vulnérabilité. « Elles sont entre la vie et la mort », me signale une des répondantes de ce groupe. L'interaction devient dès lors asymétrique. La parturiente est couchée sur la table, demande de l'aide, demande à être soulagée; la sage-femme est debout, active, et apporte son savoir pour soulager la parturiente. Je me suis demandé comment la collaboration s'effectue pour arriver au terme de cette souffrance d'accouchement expérimentée par les femmes. Comment l'équipe soignante gère-t-elle cette

vulnérabilité des femmes? Les soignants sont-ils aussi angoissés que les femmes qui accouchent? Comment se façonne la dynamique relationnelle dans un tel contexte?

Les entrevues ont été menées pour nourrir ces observations, personnaliser l'échange et aller plus en profondeur dans l'analyse.

2. Profil sociodémographique des répondants

Les répondants avaient entre 19 et 52 ans⁵. Ils étaient de confessions religieuses⁶ chrétiennes (11) et musulmanes (8). Ils étaient majoritairement mossis⁷ (11), mais cela n'était pas un critère. Les Mossis sont l'ethnie majoritaire au Burkina et sont fortement présents dans la capitale. Les neuf autres répondants provenaient d'ethnies minoritaires du pays (Sénoufos, Peulhs, Gourounsis, Gourmantchés, Bambaras, Gouins).

Précisons, à l'égard des professions des membres de l'équipe soignante, que j'ai eu l'occasion d'interviewer un médecin qui était en deuxième année de spécialisation en gynécologie. Deux accoucheuses, cinq sages-femmes et un maïeuticien ont eu l'amabilité d'accepter l'entrevue. Dans le groupe des femmes ayant fréquenté un centre de services durant leur grossesse ou lors de leur accouchement, huit répondantes étaient sans profession. Elles se définissaient

⁵ La population du Burkina Faso est estimée à 13 228 000 habitants, dont près de la moitié (42,3 %) sont âgés de quatorze ans ou moins.

⁶ La religion musulmane est la plus répandue, suivie de la religion catholique. Néanmoins, il est nécessaire de nuancer. Les croyances religieuses sont syncrétiques et de nouveaux mouvements religieux, comme le pentecôtisme, deviennent de plus en plus influents. Il est important de noter que les systèmes religieux sont fortement syncrétiques. L'animisme n'a jamais été mentionné comme tel dans les entrevues, mais il s'observe couramment dans la pratique des rituels et dans les croyances de ces populations. Durant mes entrevues, je me contentais de poser la question : « De quelle confession religieuse êtes-vous? ». Les répondants se définissaient systématiquement comme chrétiens ou comme musulmans.

⁷ La population est composée de Mossis (l'ethnie majoritaire du pays), Gourounsis, Lobis, Bobos, Peulhs, Gourmantchés, Senoufos, Bissas, Mandés et d'autres ethnies.

comme ménagères. Les deux autres étaient l'une gérante d'un cybercafé et la seconde étudiante en sciences infirmières. Concernant le niveau de scolarité, ces répondantes se situaient en majorité entre l'illettrisme et le niveau primaire⁸. Trois avaient atteint le secondaire. Du côté de l'équipe soignante, tous les répondants avaient achevé leur secondaire et réussi le concours pour être admis à l'école de santé. La formation de sage-femme se fait sur trois ans et celle des accoucheuses sur deux ans. En ce qui concerne le statut marital des répondants dans les deux groupes, tous étaient mariés ou vivaient en concubinage, sauf une sage-femme qui était célibataire. Dans le cas de l'équipe soignante, les conjoints des répondantes avaient, pour la plupart, une assez bonne situation professionnelle.

3. *Portrait de la situation sanitaire*

La situation sanitaire est assez critique au Burkina, notamment en raison des aléas climatiques auxquels le pays est soumis, aléas qui influencent la disponibilité alimentaire et ont un effet sur l'état nutritionnel des populations. On constate un fort taux de mortalité, plus élevé en milieu rural. L'espérance de vie des hommes est de 48 ans et celle des femmes est de 49 ans¹⁰. Le taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile est aussi important. La morbidité générale est élevée. Les maladies infectieuses et parasitaires, notamment chroniques, sont

⁸ La langue française représente la langue officielle, mais plus de soixante langues sont parlées au quotidien. Les plus utilisées sont le moré (Mossis), le dioula et le peulh. 80 % de la population serait analphabète. Les Nations Unies classent le Burkina Faso parmi les pays les plus illettrés au monde.

⁹ Tous les renseignements concernant les problèmes sanitaires et l'architecture du système de santé publique ont été obtenus dans un document officiel du ministère de la Santé du Burkina Faso. Le document est intitulé *Plan national de développement sanitaire 2001-2010*.

¹⁰ www.who.org

les plus présentes et causent un grand nombre de décès. La morbidité touche davantage les enfants de moins de cinq ans. Cette morbidité infanto-juvénile est causée par des endémo-épidémies locales. Les causes les plus fréquentes des consultations sont le paludisme, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, la rougeole et les infections sexuellement transmissibles. Le taux de prévalence du VIH/sida est en augmentation et touche plus les femmes et la tranche d'âge des 15 à 40 ans. La présence d'endémies majeures est également à mentionner. Il s'agit de la tuberculose, la trypanosomiase, la schistosomiase et la lèpre. Elles représentent des défis majeurs pour la santé publique burkinabée. La santé publique relève aussi des problèmes de santé liés à l'eau et à son assainissement, ainsi qu'aux manques de soins préventifs. Des problèmes dans l'organisation des soins et des ressources sont à mettre en cause dans l'explication de la morbidité.

D'après le ministère de la Santé publique (santé 2001), le taux de mortalité maternelle est également en hausse. Cette mortalité est générée par des infections, des hémorragies et des dystocies. Il s'agit des causes directes. Les causes indirectes sont la malnutrition des femmes ainsi que les grossesses nombreuses et rapprochées avec complications. Le rapport du Ministère note une faible couverture prénatale et une faible utilisation des services de santé. Le faible pouvoir d'achat des populations, et plus particulièrement des femmes, serait l'une des causes expliquant la non-utilisation des services de soins (Ministère 2000). La mortalité maternelle¹¹ est fortement élevée dans la région de l'Afrique de l'Ouest.

¹¹ La mortalité maternelle est définie par l'OMS comme suit : « The death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the

« Sub-Saharan Africa and South Asia accounted for 86% of global maternal deaths. » (OMS, 2007.) Cette région à elle seule regroupe plus de la moitié des décès au monde survenant à la suite de complications obstétricales, soit 270 000 décès par année (OMS, 2007). Le risque de décès d'une femme en couche est le plus élevé au monde dans cette région. La santé maternelle a fait l'objet de plusieurs sommets internationaux et de conférences depuis la fin des années 80. Un grand nombre de programmes et d'interventions au niveau local et mondial ont été mis en place, mais les résultats restent médiocres :

- 1987, Initiative pour une maternité sans risque, Nairobi;
- 1997, Consultation technique sur la maternité sans risque, Sri Lanka;
- 2000, Sommet du millénaire à New York;
- 2002, Programme Pour une grossesse à moindre risque de l'OMS;
- 2004, L'Assemblée mondiale de la Santé adopte la première stratégie de l'OMS sur la santé génésique.

Améliorer la santé maternelle compte d'ailleurs parmi les priorités des Nations Unies (Objectifs du millénaire). L'objectif à atteindre est de réduire le taux de mortalité maternel par trois entre 1990 à 2015. Selon l'OMS, le décès en couche (ou peu de temps après) est l'un des plus importants problèmes auxquels sont confrontées les femmes sur le continent africain. On estime que 160 000¹²

pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management but not from accidental or incidental causes. »

¹² Nations Unies, *The World's Women: Trends and Statistics*, New York, 2000.

femmes africaines meurent chaque année pendant l'accouchement ou dans les jours qui le suivent. Encore deux fois plus de femmes souffriraient de complications aiguës ou chroniques : rupture de l'utérus, inflammation du bassin, stérilité, infections de l'appareil génital, fistules vésicogénitales.

En plus d'une mortalité maternelle importante, l'Afrique de l'Ouest présente le taux de fécondité le plus élevé au monde. C'est également la région où les conditions sont les plus difficiles pour les femmes enceintes. Les principaux problèmes rencontrés par ces femmes sont de plusieurs ordres. Il s'agit en somme d'une agrégation de facteurs d'ordres biologique, physiologique et socioculturel (Nasah, Mati, and Kasonde 1997). Les facteurs biologiques comprennent l'anémie (causée par un régime alimentaire pauvre en fer, une carence importante en vitamine A et en protéines), le VIH/sida, la nutrition insuffisante et le paludisme, environ 75 % des femmes vivant dans des régions où le paludisme est endémique (Nasah, Mati, and Kasonde 1997).

Aux facteurs biologiques viennent s'ajouter les dimensions socioculturelles qui s'expriment à travers le mariage précoce (plus de la moitié des Africaines accouchent pendant l'adolescence), l'excision génitale féminine, les rapports de genre, le statut socioéconomique, la pauvreté et la fatigue entraînée par un rythme de travail intense (le temps estimé de travail d'une Africaine est d'environ 16 à 18 heures par jour¹³) (Nasah, Mati, and Kasonde 1997). Je constate rapidement que les problèmes biologiques sont fortement corrélés aux facteurs socioculturels et semblent prendre des proportions importantes dans l'explication des problèmes de santé des femmes.

¹³ Enquête ENDA (Environnement et développement du Tiers-Monde), Dakar, 1999.

Le système de santé burkinabé comprend trois niveaux : central, administratif, périphérique. Le niveau central est le cabinet du ministère de la Santé. Le niveau administratif est la Direction générale de la santé, qui a pour objectif de mettre en œuvre les politiques sanitaires du gouvernement. Quant au niveau périphérique, il est constitué des districts sanitaires, qui sont les entités opérationnelles des politiques de santé. Le secteur public est divisé selon trois types de soins : primaires, secondaires et tertiaires. Au sein des districts sanitaires, les soins primaires sont offerts par les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Il s'agit de la structure de base du système de santé. Le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) est une structure plus grande que la précédente. Il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Le deuxième niveau est le Centre hospitalier régional, où sont offerts les soins secondaires. Enfin, le troisième niveau est constitué du Centre hospitalier national, qui offre les services de soins plus spécifiques et coûteux.

Le rapport du Ministère note une faiblesse dans la qualité des soins qui conduit à une perte de confiance des populations à l'égard des services publics (santé 2001).

Des problèmes d'ordre organisationnel sont présents dans les services publics. Ils se caractérisent par l'absence de normes relativement au personnel, à l'équipement et aux soins, ainsi que par la faiblesse des plateaux techniques.

Au niveau de la gestion des ressources humaines, les différents rapports consultés notent des effectifs insuffisants du personnel, une faible compétence dans la formation des agents de santé et une très forte disparité quant à la distribution des agents en fonction du territoire. Les différents rapports

ministériels de la santé que j'ai pu consulter notent qu'une très grande partie des intervenants en santé sont concentrés dans les grandes villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso. Sur le plan de la disponibilité des médicaments, le Burkina Faso est fortement dépendant des importations des pays européens.

Les questions que le gouvernement juge prioritaires sont les suivantes :

- réduction de la morbidité et de la mortalité;
- prévalence du VIH/sida;
- accessibilité géographique et financière des services de santé pour les populations;
- amélioration de la qualité du service, qui souffre d'un mauvais accueil, d'une mauvaise perception de la part des populations et de la mauvaise organisation des soins;
- non-performance de la gestion des ressources humaines;
- faiblesse du cadre institutionnel : mauvaise coordination intersectorielle.

Les politiques sanitaires ont pour objectif :

- d'augmenter la couverture vaccinale;
- d'améliorer la qualité et l'utilisation des services de soins;
- d'optimiser la gestion des ressources humaines en santé;
- d'améliorer l'accessibilité financière des services de santé pour les populations;
- de réduire la propagation du VIH;
- de promouvoir la santé des groupes vulnérables;

➤ de renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la Santé.

La décentralisation du système de santé a été l'une des plus importantes réformes dans le secteur de la santé. Le pays est divisé depuis en 53 districts sanitaires. Dès les années 80, le Burkina Faso a adopté les principes de la conférence d'Alma Ata afin de renforcer les soins de santé primaires. Jusqu'en 1995, le pays a appliqué les principes définis par l'OMS en 1978 (« La santé pour tous en l'an 2000 »). Le Burkina Faso a également adopté les principes de l'initiative de Bamako qui avait pour objectif d'améliorer l'accès des indigents aux soins en utilisant les bénéfices tirés de la vente de médicaments (Riddé 2006b).

II. Description du site de la recherche

Le centre de santé offre trois services : une infirmerie d'urgence fréquentée par toute la population, une maternité et un service de santé maternelle et infantile (SMI). Ce dernier secteur propose la « pèse-vaccination », où les femmes viennent peser leur nourrisson et le faire vacciner, la consultation prénatale (CPN), qui consiste en un suivi de la grossesse jusqu'à son terme, ainsi que le planning familial, qui est l'espace dans lequel les femmes peuvent avoir accès à différentes méthodes contraceptives et faire un test de dépistage du VIH/sida. Au planning familial, les femmes peuvent obtenir des consultations pour des problèmes gynécologiques plus spécifiques.

Les consultations prénatales ont lieu du lundi au vendredi, de 8 heures 30 à 12 heures. Des permanences sont offertes les après-midis de 15 heures à 17 heures pour répondre à toute question, pour donner des conseils, mais les examens ne sont pas donnés durant cette plage horaire. Trois intervenants travaillent dans le service. Il s'agit souvent de deux sages-femmes et d'une accoucheuse qui se partagent les tâches. Les femmes qui en sont à leur première visite doivent arriver assez tôt (sept heures du matin) afin d'arriver à obtenir une consultation. En raison de la fréquentation importante du centre, le service accepte chaque matinée cinq nouvelles femmes enceintes. C'est le nombre que s'est fixé le service, car autrement la situation serait ingérable, d'après les intervenants. L'accoucheuse arrive généralement avant les sages-femmes. Son rôle est de prendre le poids et la taille des femmes et d'organiser le groupe en divisant les nouvelles (première consultation) et les anciennes usagères (suivi de grossesse). L'une des sages-femmes se charge de s'occuper des femmes enceintes malades. L'autre commence les consultations prénatales pour les nouvelles. Elle remplit une fiche sociodémographique pour obtenir un maximum d'informations concernant la femme et son histoire gynécologique. Ensuite, l'accoucheuse tient la causerie matinale, qui consiste à expliquer le déroulement des consultations, à préciser l'obligation de faire un examen de sang nécessaire pour l'accouchement (groupe sanguin) et à donner des encouragements aux femmes pour qu'elles fassent un test de dépistage du VIH/sida. La causerie est faite principalement en moré. Certaines fois, elle est donnée aussi en français.

Vers les 10 heures, les sages-femmes commencent réellement leurs consultations. L'examen médical est souvent fait par l'accoucheuse. La sage-

femme note les résultats sur le registre, échange de manière brève avec la parturiente et lui prescrit une ordonnance si cela s'avère nécessaire. Elle lui fournit également les comprimés pour l'anémie, qui sont donnés systématiquement à chaque parturiente, et, le cas échéant, les comprimés pour le paludisme, qui sont fournis aux femmes dont la grossesse est assez avancée, c'est-à-dire lorsque la hauteur utérine est de vingt centimètres. Un test d'urine est également effectué pour évaluer les taux de sucre et de sel dans le sang.

Les consultations se terminent autour de midi. L'accoucheuse fait le bilan du nombre de femmes qui sont venues demander une consultation et du but de leur visite (examen, test d'urine). Une des sages-femmes calcule la totalité des sommes d'argent récoltées qui va servir à payer le matériel nécessaire pour les examens. La somme est remise en fin de journée au comité de gestion.

En ce qui concerne la salle d'accouchement, les femmes sont placées dans une salle d'attente lorsqu'elles arrivent. On examine les femmes à tour de rôle afin d'évaluer l'avancement du travail. Lorsque la parturiente est estimée être dans un stade très avancé, l'équipe soignante la fait entrer dans la salle d'accouchement. L'accoucheuse ou la sage-femme pose une perfusion et injecte un produit, l'ocytocine, plus connue sous le terme « synto », qui sert à accélérer et stimuler les contractions utérines. Elle pose également une sonde pour l'urine. Et elle demande aux parturientes de pousser jusqu'à expulsion de l'enfant. Une fois l'enfant sorti, les soignantes effectuent sa toilette, prennent ses différentes mesures (crâne, bassin, taille) et le pèsent. Elles le revêtent d'un pagne. L'équipe soignante retourne vers la parturiente pour expulser le placenta, qu'elle place ensuite dans un pot et remet à un membre de la famille qui l'enterre à l'extérieur

de la maternité. Les soignantes entreprennent une toilette rapide de la parturiente et la placent en suite de couches avec son enfant. Dans le service de maternité, trois intervenants travaillent sur un même quart. Idéalement, une sage-femme, une accoucheuse et une fille de salle sont présentes, mais en raison d'un nombre insuffisant de travailleurs, ce sont souvent des accoucheuses qui maintiennent le service avec une sage-femme.

Il est important de noter que la dynamique relationnelle se transforme en fonction de l'espace où a lieu l'interaction et selon la nature de la consultation au centre de santé (consultation prénatale, planning familial, accouchement, pèse-vaccination). Lorsque les femmes fréquentent le planning familial ¹⁴, leur interaction avec l'agent de santé sera beaucoup plus longue. Les intervenants prennent le temps de présenter aux femmes l'éventail des différentes méthodes contraceptives qui s'offrent à elles et s'attachent à décrire les effets secondaires de chacune des méthodes. Au planning familial, les professionnels de la santé prennent le temps de fournir des explications plus complètes, car le nombre de femmes par matinée n'y est pas aussi important que pour la pèse-vaccination ou les consultations prénatales. L'échange est beaucoup plus important et interactif parce que le choix fait par la femme concernant la méthode touche également le partenaire. La dimension du genre dans ce contexte est omniprésente. Les agents de santé ont été confrontés à d'importants conflits avec certains hommes qui refusaient que leurs femmes adoptent une méthode contraceptive. Par expérience,

¹⁴ J'ai fait quelques observations au planning familial, mais elles ne sont pas aussi exhaustives que celles menées dans le contexte des consultations prénatales et dans la salle d'accouchement.

les agents de santé insistent sur les effets secondaires et les implications au sein du foyer associés à chaque méthode.

Pour les consultations prénatales, la dynamique relationnelle est différente. Les échanges sont beaucoup plus brefs en raison du nombre important de femmes qui viennent chaque jour demander une consultation et des effectifs insuffisants du personnel. L'interaction est dès lors réduite à des questions et réponses d'ordre pratique (explication de la posologie, plainte d'une douleur, date de la prochaine consultation). Néanmoins, les femmes qui ressentent le besoin de parler de choses beaucoup plus personnelles et intimes s'adressent à des agents de santé avec qui elles ont construit un lien de confiance. Ces agents de santé leur demandent de revenir après le service pour pouvoir discuter librement et ne pas perturber le processus de consultation. Dans les consultations prénatales, d'autres dimensions de communication, non verbales, se manifestent également dans l'interaction soignants-soignés. Les agents de santé sont amenés à faire un examen biomédical d'ordre général : examen des seins, hauteur utérine, dentition, œdèmes, yeux (pour l'anémie), toucher vaginal (pour examiner le col de l'utérus, l'apparition d'éventuelles infections sexuellement transmises). La gestuelle devient dès lors un élément éminent à analyser dans l'interaction. Cette gestuelle est également présente dans les interactions ayant lieu lors des accouchements, et dans ce contexte les femmes se retrouvent nues. Les agents de santé sont amenés à travailler dans l'espace intime des parturientes. La dynamique relationnelle change également dans ce contexte. L'échange verbal est davantage de l'ordre de l'encouragement et du soutien, pour que la parturiente puisse pousser afin

d'expulser l'enfant. Les agents de santé tentent d'assister les femmes dans la douleur de l'accouchement.

Mes résultats de terrain m'ont fourni des données fortement contrastées; leur compréhension est complexe, car une multitude de situations se sont présentées, toutes différentes les unes des autres. Afin de rendre le travail de compréhension plus facile, je me suis centrée sur trois éléments fondamentaux et saillants du processus interactionnel, retrouvés dans les deux groupes de répondants. Il s'agit de l'accueil, de la communication verbale et de la communication non verbale. Ce sont là des éléments auxquels les femmes enceintes prêtent une grande attention. Ce sont ces éléments qui leur permettent d'évaluer la qualité des soins qui leur sont offerts. Pour les intervenants, ces éléments font partie intégrante du processus interactionnel et constituent des dimensions fondamentales à prendre en considération dans la pratique quotidienne.

Ce chapitre avait pour objectif de définir le contexte général de l'étude et de décrire le cheminement méthodologique que j'ai utilisé pour mener cette recherche sur les interactions sociales au cœur de la maternité. Le chapitre suivant examine la littérature produite sur les interactions sociales. Il m'a fourni les outils théoriques pour mieux comprendre les logiques relationnelles en milieu clinique et mettre au jour ma question de recherche.

Chapitre II : Cadre conceptuel et question de recherche

« Rien dans notre intelligence qui ne soit passé par nos sens. »

ARISTOTE, *Métaphysique*

Le cadre conceptuel que j'ai mis au point pour répondre à ma question de recherche s'articule autour de deux axes. Le premier axe est consacré à l'exploration de la littérature en sciences sociales sur le thème des interactions. Le deuxième axe est dédié à la démonstration de la spécificité des sociétés africaines dans l'étude des rapports sociaux. Les sciences humaines se sont beaucoup attachées à l'étude des interactions sociales. Les chercheurs ont produit des connaissances et ont développé des approches diversifiées. J'ai exploré cette littérature à partir de différentes disciplines (psychologie, psychanalyse, sociologie, anthropologie). J'ai essayé de mettre en lumière l'idée clé sur laquelle ces sciences fondent leurs analyses dans l'étude des rapports sociaux, tout en mettant en évidence les forces et les faiblesses de leurs approches. D'après la littérature consultée, plusieurs modèles existent pour aborder les rapports sociaux. Je me suis centrée sur les modèles qui m'ont paru les plus pertinents pour saisir les enjeux entourant les interactions en milieu hospitalier.

I. L'apport des sciences sociales à la compréhension des interactions en milieu hospitalier

1. Penser l'interaction en termes de relation thérapeutique

L'analyse des interactions sociales en termes de relation thérapeutique aurait pu être un choix d'approche pour ma question de recherche. Dans le monde des soins, une interaction met en jeu un acteur qui est dans une situation de besoin et un autre qui doit prendre en charge l'individu en souffrance. L'approche thérapeutique telle qu'elle est définie dans la littérature implique principalement une interaction dyadique, ce qui réduit dès lors l'importance du contexte et de l'environnement dans lequel a lieu la dynamique relationnelle (Vallabrega 1962). Cette démarche intellectuelle m'a semblé excessivement psychologisante dans la mesure où elle se centre sur l'interaction intrinsèque et les dimensions subjectives et intersubjectives des acteurs. Les psychologues et psychanalystes qui ont travaillé ce champ accordent une importance considérable aux concepts de transfert et de contre-transfert (Vallabrega 1962). Freud a été d'ailleurs le précurseur de l'analyse de la relation thérapeutique en tant qu'objet d'étude (Gauthier 2006). J'ai trouvé cette approche intéressante, mais limitée pour aborder mon objet d'analyse. Je voulais avoir une approche plus globale qui prendrait en compte une série de facteurs se situant à différents niveaux de la société (micro, méso et macro) afin d'éviter les écueils d'une approche psychologique (micro) et

d'une approche historico-politique (surdéterminante). Il me fallait un cadre théorique plus large qui présente une variabilité importante de comportements humains, compte tenu de la diversité des situations interactionnelles qui se sont présentées, des situations parfois aux antipodes les unes des autres.

2. Envisager l'analyse des interactions sous la plume goffmanienne

Le sociologue Erving Goffman s'est beaucoup attaché à analyser les interactions sociales (Goffman 1973). Goffman a développé une approche microsociologique dans laquelle la notion de « face » est prépondérante. « Ne pas perdre la face » serait l'objectif fondamental dans tout type d'interaction. L'approche du sociologue m'a semblé, comme pour l'approche de la relation thérapeutique, excessivement centrée sur le micro contexte. À la différence de la psychologie, ce n'est pas aux dimensions psychiques de l'individu que Goffman accorde une importance, mais bien à la dimension sociale. Pour lui, l'interaction met en scène l'individu et montre comment ce dernier se donne à voir sur la scène, face aux autres (Goffman 1973).

Il utilise aussi la méthode de l'observation participante pour analyser la vie sociale et, plus spécifiquement, les rapports sociaux. Son ouvrage *Asile* est un exemple qui illustre très bien sa méthodologie (Goffman 1979). Goffman s'est en effet totalement immergé dans l'univers psychiatrique pendant une durée de deux ans comme infirmier. Il conclut ses analyses en considérant l'institution psychiatrique comme une institution totalitaire au sens foucaldien (Goffman 1979). Autrement dit, cette institution fonctionne avec ses propres normes,

pratiques, représentations bureaucratiques. Les individus présents dans cet espace vivraient en totale réclusion du monde extérieur. Pour ma recherche, je ne voulais pas partir de l'idée que le centre de santé serait totalitaire et pourrait être comparable à une prison ou à un asile psychiatrique. Bien que le centre de santé présente certainement des dysfonctionnements de différents ordres et possède ses propres normes, pratiques et représentations, je souhaitais au contraire considérer le milieu obstétrical comme un espace ouvert dans lequel plusieurs mondes se côtoient. J'ai tenté de l'appréhender comme un espace multidimensionnel au sens bourdieusien (Bourdieu 1984).

3. Analyser les interactions sous l'angle de la sociologie de Bourdieu

« Tous les hommes ont mêmes droits... Mais du commun lot, il en est qui ont plus de pouvoirs que d'autres. Là est l'inégalité. »

AIMÉ CÉSAIRE, *La tragédie du roi Christophe*, 1993 (1963)

Les principaux travaux de Bourdieu sont consacrés à l'analyse des rapports humains. Sa théorie de l'espace social, qui vient rompre avec les théories marxistes, et qui accorde une importance aux relations au détriment des substances, est importante. Cette conception des relations humaines permet de développer une approche dynamique des rapports sociaux. Bourdieu observe les pratiques sous l'angle des relations différentielles et inégales (Bourdieu 1984). Le champ social est d'ailleurs perçu par le sociologue comme un espace multidimensionnel dans lequel la position sociale d'un individu a toute sa portée.

« L'espace social est construit sur la base de principes différentiels ou de distribution et constitue l'ensemble des propriétés agissantes dans l'univers social considéré, c'est-à-dire propre à leurs détenteurs de la force du pouvoir dans cet univers. (p4) » (Bourdieu 1984) Dans cet espace, les agents sont définis par leurs positions.

En plus, en concevant l'espace social comme un espace de position dans lequel chaque individu, en fonction de son capital, se place et interagit avec les autres, Bourdieu a construit une sociologie des rapports sociaux fondée sur l'inégalité. Sa théorie de l'espace social pourrait être considérée comme la base de l'architecture d'une sociologie de la domination. Son concept de domination dévoile la signification et la nature des rapports que les hommes entretiennent entre eux. Selon Bourdieu, la domination serait un principe universel dans les relations sociales. Elle se retrouve dans tous les domaines de la vie, à tous les niveaux, dans les circonstances les plus banales en apparence de la vie quotidienne (Bourdieu 1980). La domination, explique Bourdieu, ne devient efficace que lorsqu'elle est cachée, invisible aux yeux des dominés (Bourdieu 1980). Dans cette sociologie de la domination, Bourdieu analyse l'action individuelle et collective en termes de stratégies, d'intérêts et d'accumulation de capital, et montre comment les rapports sociaux s'établissent sur la base d'une distribution inégale de pouvoir économique, symbolique, social et politique. C'est à partir des concepts de Weber et Marx¹⁵ que Bourdieu met en évidence son concept de domination. Cette domination est liée aux notions de *lutte*, de *capital*, de *légitimité* et de *violence symbolique*. Weber, dans son ouvrage *Économie et*

¹⁵ Bourdieu s'inspire beaucoup des travaux de Weber, notamment sur le principe de légitimité.

société, utilise la notion de *chance* (Weber 1995); chez Bourdieu, c'est la *légitimité* qui permettrait une stabilité dans l'obéissance des groupes dominés (Bourdieu 1980). Dans la perspective de Bourdieu, la légitimité relève de l'intériorisation du rapport de force. « De la subjectivation d'un ordre social objectif [...], la domination des uns sur les autres est garantie par le sentiment chez les dominés que la domination est légitime, qu'elle est prenante d'un ordre qui est en même temps un ordre des valeurs. (p80) » (Bourdieu, 1980.) Bourdieu souligne que ce n'est pas simplement l'obéissance qui légitime cette domination, mais que la domination est l'essence même des rapports sociaux, qu'il caractérise comme dissymétriques et inégaux (Bourdieu 1980)

La violence symbolique est inhérente à la domination et s'exerce dans l'espace social. Il s'agit d'une violence plus diffuse, cachée, calculée dans les rapports de force. La violence symbolique est inscrite dans les institutions permettant aux dominants de reproduire la domination sans la recréer à chaque instant. Bourdieu qualifie cette violence de « douce, invisible, méconnue comme telle, choisie autant que subie (p219) » (Bourdieu, 1980). La violence symbolique contraint les dominés à intérioriser la domination dont ils sont l'objet. Cette violence est véhiculée par un corpus de croyances, de connaissances, de règles non écrites. Dans la sociologie de Bourdieu, les notions de *champ*, d'*habitus*, de *capital* viennent articuler le mécanisme de la domination. Ces concepts constituent en somme l'ossature de cette dernière. La notion d'*habitus* est au cœur de la théorie de Bourdieu. Il ne s'agit pas d'un mécanisme automatique, mais plutôt d'un *principe générateur* (Bourdieu, 1980). L'*habitus*, selon Bourdieu :

« Est une capacité infinie d'engendrer en tout liberté (contrôlée) des produits – pensées, perceptions, expressions, actions, – qui ont toujours pour limites les conditions historiquement et socialement situées de sa production, la liberté conditionnée et conditionnelle qu'il assure est aussi éloignée d'une création d'imprévisible nouveauté que d'une simple reproduction mécanique des conditionnements initiaux. (p92) » (Bourdieu, 1980.)

En résumé, l'habitus serait un processus dynamique, évolutif, se transformant dans le temps et produisant des pratiques individuelles et collectives, et par conséquent de l'histoire. L'habitus serait l'intériorisation d'un ensemble de dispositions, de maîtrises et de pratiques.

Complémentaire à l'habitus, le « champ » est au départ un concept forgé pour répondre à la problématique de la division sociale du travail. Un champ se crée à partir du moment où les individus partageant une même sphère sociale font en sorte que cette sphère s'autonomise par rapport aux autres aspects du social. Cette autonomisation se fait dans l'affrontement. Dès que le champ est créé, les membres exerçant une même activité entrent en compétition pour acquérir une position dominante dans le champ. Le champ se présente comme un espace structuré de position. Au sein d'un même champ, la lutte existe entre les acteurs pour l'appropriation du capital spécifique au champ. Les pratiques sont les stratégies que les individus ou les groupes déploient pour maintenir ou pour améliorer leur position dans les différents champs de la vie sociale. La notion de capital pour Bourdieu représente un pouvoir agissant dans l'espace social. Les différents capitaux (culturel, symbolique, social) sont institutionnalisés et légitimés, explique le sociologue, dans des statuts sociaux. « Le capital détermine les pouvoirs actuels ou potentiels dans les différents champs et les chances d'accès aux profits spécifiques qu'ils procurent. (p4) » (Bourdieu 1984)

Ce qu'il importe de retenir des théories du sociologue français est que les relations sociales y sont perçues comme des rapports inégaux. Bourdieu observe les faits sociaux non pas en termes de substances, mais en termes de relations, qu'il qualifie de dissymétriques et différentielles. Il est nécessaire de souligner que Bourdieu n'a pas une approche déterministe où tout serait joué d'avance. Il s'agit au contraire d'une perspective où la résistance, la mobilité sociale des individus, l'accumulation de capital peuvent transformer la relation de pouvoir.

4. *Le legs du théoricien dans le champ médical*

Les concepts de Bourdieu, l'habitus, le champ et le capital, ainsi que sa perception du monde social ont permis d'appréhender le champ médical comme un espace éminemment social. La santé, dans cette perspective, est considérée comme un phénomène social total (Fassin 1996). Désormais, l'univers médical est conçu comme un espace traversé par les mêmes enjeux et défis que les autres champs de l'activité sociale (Van der Geest and Finkler 2004). Les problématiques auxquelles est confronté le milieu médical ne peuvent être résolues sans la prise en compte des dimensions socioculturelles (Fassin 1992). C'est dans la construction des déterminants sociaux de la santé et dans les programmes de lutte contre les inégalités sociales de santé que les concepts de Bourdieu sont utilisés. Les facteurs biologiques, psychologiques (l'impuissance des individus en provenance des milieux sociaux défavorisés à s'affirmer), sociaux (faible mobilité sociale), culturels (transmission familiale du statut) résultent en somme de la prise en compte de la position sociale d'une personne.

Des chercheurs travaillant dans le champ de l'anthropologie de la santé tels que Cognet, Meinert, Samuelsen, Fassin s'inspirent tous du legs de Bourdieu dans leurs recherches et montrent comment ce théoricien du social a permis d'améliorer la compréhension du champ de la santé et de ses problématiques (Cognet 2004, Fassin 1992, Fassin 2000, Meinert 2004, Samelson and Vibeko 2004). La sociologue Cognet a mené des travaux sur les inégalités sociales, et plus spécifiquement dans le domaine de la santé. Elle met en lumière le mérite de prendre en compte le patrimoine de la sociologie de Bourdieu :

« Les inégalités sociales en santé, face à la maladie, aux orientations thérapeutiques, aux soins, à l'accès aux services et au traitement, ne surviennent pas hors de tout lien avec les autres sphères de l'activité sociale. Comme toute inégalité sociale, elles s'inscrivent dans des rapports entre des groupes sociaux dont les positions sont différentes et différenciées, qui se traduisent, entre autres, par un accès particulier au pouvoir. Plus concrètement, elles expriment des rapports de pouvoir historiquement construits entre des fractions sociales, entre des groupes majoritaires et minoritaires, entre les gouvernements et les individus, entre des lobbies aux intérêts financiers calculés et des consommateurs, entre des acteurs institutionnels aux logiques macro-économiques et des activités individuelles dont les logiques reposent sur des évaluations plus immédiates.(p169) » (Cognet, 2004.)

Cognet propose donc une démarche multidimensionnelle et multisectorielle qui selon elle serait la plus appropriée pour intégrer la complexité des relations des individus entre eux et avec leur environnement physique et social. Bourdieu a influencé bon nombre de chercheurs. La transposition faite par Gilles Bibeau, anthropologue, des théories de Bourdieu, et notamment de sa notion de capital, à l'épidémiologie sociale s'est avérée pertinente pour mettre en place des programmes pour lutter contre les inégalités sociales en santé. L'anthropologue Helle s'est inspiré du concept d'espace social pour montrer dans son étude en milieu rural au Burkina Faso qu'il est nécessaire d'appréhender le

champ médical comme un espace social donné dans lequel les acteurs ont une position particulière et sont en compétition. Les acteurs sont les herboristes, les guérisseurs, les professionnels de la santé. Helle conclut sa recherche en montrant qu'au Burkina Faso, en milieu rural, le champ médical n'est pas monolithique, mais au contraire pluraliste, faisant cohabiter plusieurs systèmes de pensée médicaux, et qu'un individu peut se trouver dans plusieurs logiques de ces systèmes de pensée à la fois (Helle 2004). L'anthropologue Meinert a utilisé les concepts de capital et d'habitus pour mieux comprendre les ressources en santé dont disposent les individus (Meinert 2004). La thèse de l'anthropologue Fassin résume, elle, l'ensemble de toutes les approches citées précédemment et de celles qui suivent. Sa démarche intellectuelle s'inspire du sociologue Bourdieu et de ses notions d'habitus, de domination et de pouvoir (Fassin 1996). Selon Fassin, le rapport de l'individu avec son corps et ses symptômes est à mettre en lumière avec sa position dans l'histoire sociale. La maladie, dans cette perspective, relève donc du pouvoir. Le pouvoir dont il est question dans le champ médical s'exerce selon Fassin à travers une profession, une compétence particulière. Il se situerait précisément dans le rapport soignant-soigné. Pour résumer, Fassin tente de démontrer que la santé doit être comprise dans un champ sémantique plus large et qu'elle dévoile ainsi des rapports de force, de lutte et de domination. La santé est une véritable construction historique. Dans le champ médical, il est donc essentiel d'appréhender les rapports sociaux à la fois comme une dialectique savoir/pouvoir, mais aussi comme des rapports traversés par des formes d'inégalité. La perspective de Fassin concernant le champ médical, et plus spécifiquement le rapport soignant-soigné, permet de faire un lien avec l'approche

sociohistorique qui, elle, se centre sur les dimensions historiques, en l'occurrence les effets du colonialisme, pour amener à la compréhension des rapports sociaux dans le champ médical d'aujourd'hui en Afrique.

II La spécificité des sociétés africaines dans l'étude des rapports sociaux

« La colonisation, je le répète, déshumanise l'homme même le plus civilisé; [...] l'action coloniale, l'entreprise coloniale, la conquête coloniale, fondée sur le mépris de l'homme indigène et justifiée par ce mépris, tend inévitablement à modifier celui qui l'entreprend; [...] le colonisateur, qui, pour se donner bonne conscience, s'habitue à voir dans l'autre la bête, s'entraîne à le traiter en bête, tend objectivement à se transformer lui-même en bête. »

AIMÉ CÉSAIRE, *Discours sur le colonialisme*, 1989 (1950)

1. Une approche sociohistorique des interactions sociales en milieu hospitalier

Des historiens et des anthropologues se sont intéressés à l'impact du colonialisme dans le champ médical en Afrique. Une ethnographie a été menée au Congo par deux anthropologues, Willy Gralner et Renée Fox, sur l'émergence de la profession d'assistant médical pendant la colonisation. En portant une attention particulière à la formation qui conduisait à cette profession et à ce qu'elle impliquait au niveau sociétal, ces chercheurs ont tenté de montrer comment l'administration coloniale véhiculait ses propres valeurs morales et sociales au sein de la terre colonisée à travers les individus qui exerçaient cette profession. Il

s'agit d'une approche dynamique, dans la mesure où les auteurs ont analysé les changements socioculturels à travers le temps.

« These social values subscribed to by medical assistants seem to be more western European bourgeois and Christian in origin and content than traditionally Congolese [...] in order to achieve the legal status of évolué they had to demonstrate that they had attained a state of civilization and a life standing akin to that of Belgian [...] The in-between status of medical assistant is for them an artificial and anormal category historically and psychologically associated with colonialism. » (Gralner and Fox 1968)

Les chercheurs expliquent que les assistants médicaux ont fini par rejeter les traditions et les valeurs propres à la société congolaise. Ils en viennent à conclure que la profession d'assistant médical est le produit du colonialisme. Cette profession incarnerait la synthèse des valeurs européennes et congolaises pré-indépendante et post-indépendante. Dans le contexte du Congo, l'émergence de la médecine moderne est incontestablement liée au passage d'une colonisation traditionnelle et d'une colonisation moderne à une société nouvellement indépendante. Les auteurs ont démontré également que la présence de la médecine européenne au Congo a apporté des changements au niveau de la perception de la maladie; celle-ci est désormais conçue comme étant un phénomène naturel résultant d'un désordre biologique, physiologique, et non un phénomène surnaturel. La colonisation a aussi apporté une approche empirico-rationnelle et purement scientifique de la médecine. L'assistant médical incarne désormais en lui deux systèmes de pensée. La lecture de cette ethnographie m'a paru fortement intéressante pour mieux comprendre la position qu'occupe le soignant au sein de la société congolaise. Elle dévoile aussi comment la colonisation a peu à peu transformé le champ médical de la société locale et comment la biomédecine

occidentale importée par la colonisation s'est peu à peu imposée comme modèle hégémonique.

Toujours dans une approche sociohistorique, Pascale Barthélemy s'est plus centrée sur les effets de la colonisation dans la professionnalisation des femmes africaines dans les secteurs de la santé et de l'éducation pendant la période coloniale et postcoloniale. Pascale Barthélemy est historienne africaniste. À travers ses recherches, elle analyse les conséquences de la colonisation sur le travail féminin dans le secteur de la santé et de l'éducation en contexte ouest-africain. Elle a tenté de démontrer que les femmes étaient perçues par les colonisateurs comme des vecteurs de transmission des idéaux et des valeurs morales de la société française : « Elles sont comme un relais efficace des valeurs françaises auprès des populations indigènes. » (Barthelemy 2002) L'école française aurait consolidé la définition des rôles sexués dans la sphère privée et aurait introduit de nouvelles formes de comportement. L'objectif de la colonisation dans la professionnalisation des Africaines était de « diffuser les normes de comportement occidental et de favoriser l'assimilation sans jamais donner aux colonisés les droits correspondant à leur statut » (Barthélemy 2003). La démarche de l'historienne expose implicitement le statut des femmes africaines à travers leur professionnalisation. Ces femmes avaient acquis un statut particulier au sein de leur propre société. Elles étaient perçues de manière ambivalente. Pour certains, elles étaient considérées comme des femmes incarnant une nouvelle ère sociale, une ère d'émancipation, et pour d'autres elles n'étaient que des « vecteurs » appuyant et renforçant le pouvoir des colonisateurs. Elles étaient victimes de flétrissure sociale. Cette perception n'a pas tout à fait disparu avec le

temps. Des traces sont encore visibles aujourd'hui. Pascale Barthélemy révèle des éléments permettant de mieux comprendre le statut et la position qu'occupent les professionnelles de la santé au sein de leur société. Ses articles me permettent de mieux saisir la position sociale des femmes africaines travaillant dans le champ médical et la façon dont elles sont perçues par leur communauté.

Dans une littérature dont l'orientation relève davantage de l'anthropologie contemporaine, Jean-Pierre Olivier de Sardan et Yannick Jaffré, des chercheurs travaillant sur les systèmes de santé et les structures hospitalières, conçoivent les services de santé en Afrique de l'Ouest comme un haut lieu de corruption et de violence systémique (Jaffré and De Sardan 2003). Les chercheurs travaillant au Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL) mènent des recherches depuis plusieurs années dans différents pays d'Afrique de l'Ouest. Le Laboratoire a pour objectif d'étudier les espaces publics et la délivrance de services et de biens collectifs ou publics en Afrique¹⁶. Il mène depuis plusieurs années des recherches, et plus particulièrement en milieu hospitalier. Il porte une attention particulière aux acteurs et à la logique des actions de ces derniers dans un espace social donné :

« J'entends par "socio-anthropologie" l'étude empirique multidimensionnelle de groupes sociaux contemporains et de leurs interactions, dans une perspective diachronique, et combinant l'analyse des pratiques et celle des représentations. [...] Elle tente une analyse intensive et in situ des dynamiques de reproduction/transformation d'ensembles sociaux de natures diverses, prenant en compte les comportements des acteurs, comme les significations qu'ils accordent à leurs comportements. (p10) » (De Sardan and Jaffré 1995)

¹⁶ <http://www.lasdel.net/>

Selon de Sardan et Jaffré, les relations soignants-soignés en contexte africain sont empreintes d'une violence qui est devenue peu à peu systémique et structurelle (Jaffré and De Sardan 2003). Ce phénomène serait d'autant plus exacerbé dans les maternités, où les sages-femmes et accoucheuses exerceraient une violence verbale et physique à l'égard des parturientes et feraient preuve d'une importante négligence professionnelle (Jaffré and De Sardan 2003) :

« Toutes nos enquêtes le montrent, les maternités sont plus encore que les dispensaires et les hôpitaux perçues comme des lieux de corruption au sens large du terme. Et on retrouve autour de l'accouchement l'ensemble des dysfonctionnements relevés quotidiennement dans les centres de santé, mais quasiment en pire (p33). » (De Sardan 2001)

Les dysfonctionnements auxquels de Sardan fait référence sont la négligence, le manque de professionnalisme, le décalage entre la formation et la pratique. Ce qui est encore plus frappant est que les auteurs associent ces caractéristiques à une grande majorité d'acteurs travaillant dans les services publics, et notamment dans le domaine de la santé. Leurs écrits laissent comprendre que ces comportements sont généralisables, car la corruption et la violence sont le mode de gouvernance et constituent la norme et non l'exception (Blundo and De Sardan 2001). Une série d'articles suit la même lignée et corrobore les mêmes faits (Jaffré 2004). Une ethnographie faite au service de planning familial d'un centre de santé public à Niamey, au Niger, consolide l'idée de l'omniprésence de la violence dans les interactions soignants-soignés (Jaffré 2003, Moussa 2003) :

« La violence altère amplement les rapports entre le corps médical et le monde des usagers. [...] La violence thérapeutique reflète aussi l'insouciance et la légèreté dans la gestion des embarras par ailleurs sciemment causés et entretenus par certains membres du personnel soignant. En établissant une confusion entre

l'espace professionnel et l'espace social, les sages-femmes donnent – souvent inconsciemment – la preuve de ce que le terrain médical est un lieu qui répond beaucoup plus à leurs exigences et à des préoccupations extra-thérapeutiques qu'à l'activité médicale proprement dite, telle que consignée dans les textes réglementaires. » (Moussa 2003).

Une autre ethnographie réalisée au Mali dans plusieurs centres de santé témoigne de la difficulté de communication entre les sages-femmes et les parturientes, et de la violence qui s'exerce à travers les prises de décisions. « Au Mali comme ailleurs dans la plupart des pays pauvres, la salle d'accouchement dans les services publics de santé maternelle est souvent un univers de douleurs et de souffrance. [...] La relation soignant/soigné devrait être un véritable dialogue centré sur le respect de l'humain. » (Diarra 2003)

En constatant de tels propos, je me suis demandé comment les auteurs expliquaient cette violence généralisée et banalisée. D'après leur perspective, c'est l'installation d'une culture bureaucratique et d'une culture professionnelle émanant d'une combinaison de deux systèmes, politique et bureaucratique, qui aurait donné naissance à une telle rigidité des rapports sociaux dans les services publics. Les deux systèmes sont le système administratif imposé par la colonisation et le système d'organisation sociale postcoloniale :

« À la “construction sociale de l'indifférence” typique de toute bureaucratie moderne s'est donc superposée une “construction coloniale et post-coloniale du mépris et du privilège”, qui a englobé le secteur de la santé, dans la mesure où les infirmiers et les sages-femmes adoptent à l'égard des usagers les mêmes comportements que les douaniers, les policiers ou les employés de l'état civil. (p272) » (Jaffré and De Sardan 2003)

Plus loin dans leur cheminement de pensée, les chercheurs tentent de démontrer que les hôpitaux « sont des structures bureaucratiques banalisées,

dégradées et délégitimées (p273)» (Jaffré and De Sardan 2003). Ils en viennent même à établir des parallèles entre les professionnels de la santé et les autres fonctionnaires publics. De Sardan a tenté de construire un modèle explicatif provisoire pour montrer que la profession de douanier et celle de sage-femme sont quasiment identiques en matière de comportement :

« Leurs représentations des normes et des stratégies sont relativement partagées [...] le douanier comme la sage-femme s'enrichissent à leurs dépens [...] ils peuvent tout se permettre, car l'impunité leur est garantie, ils s'en prennent aux démunis et s'arrangent avec les riches et les puissants, et malheur à qui ne connaît ni douanier ni sage-femme, car seule la connaissance personnelle peut permettre de se tirer d'affaire avec eux. [...] Cette vision forte pessimiste et désabusée est largement partagée, selon nos enquêtes (p14). » (De Sardan 2001)

Les analyses proposées par ces auteurs paraissent pertinentes dans le sens où la colonisation a sans aucun doute eu un impact sur les structures administratives dans l'ensemble des sphères de l'activité sociale dans les pays qui l'ont subie. Les faits corroborés (délais d'attente important, absentéisme des intervenants en santé, transactions commerciales entre patients, vente de médicaments...) par ces chercheurs se sont révélés dans plusieurs centres de santé dans différents pays. Leur ouvrage *Une médecine inhospitalière* est le fruit d'une enquête de terrain multicentrique effectuée dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (Niamey, Conakry, Bamako, Dakar, Abidjan). Une étude systématique de nature socio-anthropologique a été effectuée en 1999 et 2000. Néanmoins, le mode d'approche explicatif m'a paru limité pour analyser les comportements des intervenants en santé et leurs interactions avec les usagers. J'ai été témoin d'interactions assez rigides et hostiles à l'égard des femmes enceintes ou des parturientes. Cependant, ce type de comportements et de procédés ne s'applique

pas à tous les intervenants en santé. À la lecture de ces écrits, je trouve que la transposition établie entre les différentes professions est assez simpliste. De plus, il est vrai que le statut social d'une personne joue incontestablement un rôle dans l'interaction, mais cela ne permet pas de prédire le comportement de l'individu. Je dirais qu'une faiblesse de l'approche de Jaffré et de De Sardan concerne la manière d'observer l'objet. Une autre faiblesse est à souligner dans leur étude. Elle se situe dans la méthode de la collecte de données. Leur enquête est excessivement centrée sur la description distanciée d'itinéraires thérapeutiques des usagers des centres de santé, et la description des interactions n'est pas assez approfondie pour bien comprendre les histoires de vie des usagers et des intervenants en santé. L'expérience intersubjective qui engage les chercheurs eux-mêmes avec les acteurs qu'ils tentent de comprendre n'est pas non plus suffisamment prise en compte. Bien qu'ils tentent de développer une socio-anthropologie du développement dans laquelle ils cherchent à reconstruire la logique de ces acteurs dans les différentes sphères de la vie sociale (De Sardan and Jaffré 1995), ils accordent une importance démesurée à l'institution dans laquelle a lieu l'interaction et dans laquelle le statut de l'acteur détermine en soi son comportement. Dans leur perspective, l'agent travaillant dans ce secteur reproduirait le comportement qu'on attend de lui. Il serait comme le vecteur de la violence institutionnelle et légitimée de son institution. Je trouve que cette approche est sur déterministe, et que la place qu'elle accorde à l'agentivité est extrêmement limitée, voire inexistante. L'acteur serait un simple automate qui reproduirait la violence de son institution sur les usagers.

« Mais il ne s'agit en aucun cas de "montrer du doigt" les personnels ou de les rendre responsables de tout ce qui ne va pas. C'est l'ensemble des systèmes (système de santé et système politico-administratif, en particulier) dans lequel ils sont insérés et dont ils sont eux-mêmes un facteur de reproduction, qui est en crise profonde. Cependant, les comportements des personnels, si on se donne la peine de les décrire et de les comprendre, nous semblent pouvoir constituer un "facteur modifiable.» (p12) (Jaffré and De Sardan 2003)

Il est certes vrai que certains agents de santé incarnent d'une certaine manière le pouvoir administratif qui leur est conféré et l'expriment de façon ostentatoire. La sage-femme, notamment, jouit d'un statut bien spécifique. La façon dont la profession est perçue lui accorde une position sociale particulière dans la société, dans la mesure où elle a le pouvoir de donner la vie. Elle est en contact permanent avec le tabou, l'interdit. La sage-femme a le droit de s'introduire dans la sphère la plus intime de la femme, ce qui lui donne une position sociale particulière, voire mystique :

« L'image dépréciée de la sage-femme tient également de la peur qu'elle inspire, parce qu'elle a accès à des zones interdites du corps, à l'intimité que la pudeur interdit de toucher ou de regarder. Répandre une mauvaise image de la sage-femme permet de se prémunir de l'influence imaginée qu'elle peut avoir sur la vie d'autrui. La sorcière, c'est elle qui détient un pouvoir d'influence à distance, celle qui détient suffisamment d'informations intimes sur autrui pour les utiliser à mauvais escient. (p22) » (Vasseur and Gounongbé 2003-2004a)

Cependant, il est nécessaire de relativiser les comportements des intervenants en santé décrits par Jaffré et de Sardan. Il est certes évident que l'individu est influencé par son environnement, mais il détient un certain pouvoir d'agir sur cet environnement, et il est dans la capacité de déployer des stratégies diverses (Giddens 1979). Les anthropologues De Sardan et Jaffré ne font en outre aucune place aux dimensions émotionnelles et à l'affect dans leurs études. Je pense que ce sont des dimensions très importantes à prendre en considération dans

une étude menée en milieu médical, un espace social dans lequel les émotions sont amplifiées, car les individus y côtoient la vie, la mort, la souffrance, la douleur au quotidien.

L'exploration de cette littérature fondée essentiellement sur une approche sociohistorique en contexte africain s'est avérée nécessaire, car elle permet d'évaluer le degré des changements qu'a apportés le colonialisme dans les rapports sociaux et dans le champ médical. Cependant, il est nécessaire d'aller au-delà d'une approche politico-sociale, et de ne pas rester figé dans une démarche intrinsèquement historique, car toute société est en permanence dans un processus de changement social, et de nombreux changements sociaux s'opèrent à l'heure actuelle au Burkina. La dimension historique s'avère certes importante dans les études portant sur les sociétés africaines dans la mesure où, comme l'affirme Balandier, ces sociétés s'inscrivent dans une double histoire, celle de la colonisation et celle de la pré-colonisation. Cet enchevêtrement a donné naissance à des sociétés complexes dans lesquelles s'agencent des micros-sociétés combinant à la fois des éléments traditionnels et modernes, et il est donc indispensable d'inscrire les sociétés africaines dans un continuum historique dans lequel figurent rupture et continuité (Balandier 1955). Néanmoins, me centrer uniquement sur une approche historique serait un écueil dans ma réflexion. Les dimensions émotionnelles et les rapports de force qui régissent le corps social sont des paramètres d'une très grande importance dans l'étude des rapports soignants-soignés.

2. Une ethnographie de l'expérience

La réflexion théorique sur les rapports sociaux menée par Bourdieu est encore aujourd'hui validée dans le monde intellectuel des sciences sociales. Ses théories sont toujours d'actualité et reflètent encore le monde d'aujourd'hui. Cependant, sa sociologie reste cantonnée au niveau macro-social. Utiliser uniquement une approche politique et historique du phénomène que je tente d'analyser me conduirait seulement à valider les aspects macro-sociétaux de ma question de recherche. Je n'aurais pas pu m'introduire dans l'univers de ces femmes et comprendre le sens des actions qu'elles entreprennent, ni les logiques dans lesquelles elles se situent. Il me fallait une approche qui m'amènerait à mieux comprendre la logique, la cohérence de leurs actions à partir de leurs propres vécus et de leur perception du monde social qu'il les entoure. C'est pour cela que la sociologie de l'expérience développée par François Dubet s'est avérée nécessaire pour comprendre l'essence des rapports qu'entretiennent les femmes avec les intervenants en santé, et inversement. À partir de données empiriques sur les mouvements des jeunes et la délinquance en France, le sociologue a construit un mode d'approche paradigmatique qui permet de saisir le sens que donnent les acteurs à leurs propres expériences et vécus. C'est notamment son concept d'*expérience sociale* qui me permet de reconstruire le sens que les femmes enceintes et les parturientes donnent à leurs expériences de grossesses et d'accouchements, mais aussi aux rapports qu'elles entretiennent avec le service d'obstétrique. Et il en va de même pour les professionnels de la santé : sous l'angle de l'expérience sociale, on peut comprendre les rapports qu'ils

entretiennent avec les femmes enceintes et la perception qu'ils ont des soins qu'ils offrent. Dubet définit l'expérience sociale en ces termes : « les conduites individuelles et collectives dominées par l'hétérogénéité de leurs principes constitutifs et par l'activité individuelle qui doivent construire le sens de leurs pratiques au sein même de cette hétérogénéité. » (Dubet 1994) Le sociologue met en exergue trois idées fondamentales à partir desquelles se fonde cette expérience sociale. Il s'agit tout d'abord du principe d'hétérogénéité des principes culturels et sociaux qui organisent les conduites. Selon Dubet, les acteurs sociaux ont plusieurs rôles, plusieurs positions sociales. Les individus sont dès lors amenés à construire une expérience vécue à partir des éléments pluriels de la vie sociale et de l'éventail des orientations qu'ils portent en eux. Le deuxième élément est la dimension subjective des individus qui est inhérente à l'expérience sociale. Chaque acteur est ainsi conduit à confronter un monde social éclaté, dans lequel figure une hétérogénéité des logiques sociales. L'individu devient dès lors le propre auteur de son expérience. L'expérience collective est enfin le troisième élément sur lequel se fonde cette expérience sociale. Dubet reprend ici les théories sur la modernité pour montrer que la société traditionnelle est soumise à un éclatement et que la modernité impose un univers social marqué par des différences, aboutissant à une multiplicité des logiques. « L'expérience collective renvoie à une sorte de conflit des rationalités au sein duquel les traditions normatives, les activités instrumentales et les projets d'émancipation se répercutent les uns sur les autres, sans espoir d'aboutir à une totalité sociale harmonieuse. » (Dubet, 1994.) Selon sa perspective, l'expérience peut être définie comme une combinaison de plusieurs logiques d'actions. Ce que je trouve

intéressant dans cette approche, c'est qu'elle laisse place à la pluralité des logiques d'action, et que les individus n'y sont pas conçus comme figés, reproduisant le système aveuglément. Le monde social est perçu avec beaucoup de flexibilité et de souplesse, ce qui donne de l'espace pour appréhender les acteurs sous l'angle des diverses logiques d'action sur lesquelles ils fondent leurs propres expériences du monde social. Cela induit dans ma recherche la possibilité de la variabilité des comportements des soignants. Dans cette perspective, l'institution dans laquelle travaillent les soignants ne leur impose pas un comportement qu'ils doivent reproduire automatiquement.

Une sociologue s'est inspirée de cette démarche pour parvenir à comprendre les interactions sociales dans les services hospitaliers en France. Catherine Mercadier définit les interactions dans le contexte hospitalier comme « un processus dynamique autonome où s'entrelacent continûment perception, interprétation, présentation et adaptation mutuelle » (*Mercadier 2004*). À partir de l'étude des émotions, elle s'est introduite véritablement dans l'univers des infirmiers en milieu clinique. La dimension émotionnelle et l'affect sont au centre de ses préoccupations intellectuelles dans l'analyse des interactions soignants-soignés en milieu hospitalier. Elle démontre avec beaucoup de pertinence l'importance de prendre en considération les dimensions émotionnelles omniprésentes dans ces interactions. Elles permettraient selon elle une meilleure humanisation des soins dans les services hospitaliers. Mercadier décrit l'univers hospitalier comme un monde dans lequel il est formellement interdit d'exprimer ses émotions, un monde dans lequel les acteurs doivent s'abstenir de toutes expressions émotives. Néanmoins, cette interdiction implicite qui règne en milieu

clinique n'empêche pas les soignants d'exprimer leurs émotions lorsqu'ils sont confrontés à des situations difficiles. La démarche de la sociologue vise à mettre en exergue la diversité des interactions et des comportements des soignants à l'égard des soignés. Elle démontre l'importance de la prise en compte des différents niveaux (institutionnel, sociétal, individuel), et montre comment ces niveaux interviennent de manière sibylline dans l'interaction et contribuent à la modeler.

J'ai trouvé l'étude de Catherine Mercadier pertinente et essentielle dans la conceptualisation de mon objet de recherche, car elle vise à la compréhension des interactions à partir de l'expérience émotionnelle des infirmiers dans leurs rapports avec les soignés. Tout au long de son ouvrage, la sociologue a cherché à dégager ce qu'il y a de plus intime et personnel enfoui dans le subconscient des acteurs qu'elle a interviewés. Elle démontre que ces paramètres sont souvent négligés dans l'étude des interactions dans les services hospitaliers et elle expose la place importante qu'ils tiennent dans l'échange. À partir d'une sociologie de l'expérience, la sociologue a véritablement mis en exergue les facteurs clés qui entrent en jeu dans l'interaction soignants-soignés en milieu clinique. J'ai essayé de suivre le même cheminement intellectuel pour arriver à comprendre les rapports sociaux dans le service obstétrical dans lequel j'ai fait ma recherche. C'est ce qui m'a amenée à m'intéresser dans cette étude aux significations partagées par les professionnels de la santé et les femmes enceintes ou les parturientes, aux interprétations effectuées par chacun au cours de l'interaction et aux accommodements comportementaux induits par celle-ci. La question de recherche aura donc pour objectif de comprendre l'expérience interactionnelle

vécue par les intervenants en santé lors du rapport avec les femmes enceintes ou les parturientes et inversement.

Il est important de rappeler qu'un objet d'étude peut être observé sous différents angles. Autrement dit, plusieurs lectures d'un même objet sont possibles. Cette synthèse avait pour objectif de voir toutes les possibilités qui s'offrent pour mieux saisir les interactions sociales en milieu clinique. J'arrive à la conclusion que plusieurs théories se valent et que l'approche la plus pertinente consisterait en la combinaison des différents modèles afin d'en obtenir une synergie et de tenter d'échapper aux écueils épistémologiques de chacun pris isolément. La prise en compte de la dimension historique, des dimensions émotionnelles et de l'affect permet de mieux comprendre le milieu obstétrical. Les apports de Bourdieu constituent mon assise théorique pour mieux saisir les interactions entre soignants et soignés. La démarche intellectuelle sera, quant à elle, inspirée de la sociologie de l'expérience développée par François Dubet. Ce chapitre m'a permis d'éclairer ma question de recherche et de décrire la littérature qui aborde les rapports sociaux en milieu hospitalier. J'utilise les concepts de capital, champ, habitus, domination, violence symbolique, espace social et expérience sociale dans l'étude des interactions qui ont lieu dans le service d'obstétrique de la Patte-d'Oie. Le chapitre suivant examine l'expérience de la maternité telle que vécue par les parturientes. Il constitue l'entrée concrète sur le terrain.

Chapitre III : L'expérience de la maternité par les parturientes

Women of Africa

Sweeper,

Smearing floors and walls

Cow dung and black soil,

Cook, ayah, the baby on your back

Washer of dishes,

Planting, weeding, harvesting,

Storekeeper, builder,

Runner of errands, bury donkey...

Women of Africa

What are you not?

Okot P'Bitek, Uganda

Chaque société a sa façon propre d'accueillir un nouveau-né. Il s'agit d'un rite de passage éminemment social. Néanmoins, il renvoie à ce qu'il y a de plus intime et de plus personnel pour les femmes. Chaque femme expérimente différemment ce processus physiologique. La volonté de comprendre cette expérience unique a été l'objet de ce travail. À travers cette étude, j'ai tenté de saisir l'essence même de cette expérience qui consiste à donner la vie. Bien que des efforts soient déployés dans diverses campagnes en faveur de l'usage de méthodes contraceptives et que, de façon générale, un travail de sensibilisation soit entrepris pour réduire au minimum le taux de fécondité au Burkina, les femmes continuent à avoir un fort désir de maternité. Leur volonté d'enfanter malgré tous les risques auxquels elles peuvent être confrontées peut s'expliquer tant par la pression sociale que par le choix personnel et individuel.

I. Importance de l'enfantement dans la société

burkinabée

1. L'enfantement : une exigence sociale avant tout

« Il faut procréer. C'est une façon d'affirmer sa féminité, quoi. C'est comme... C'est pour la reproduction, en fait. Si tu es une femme, tu n'as pas d'enfants, tu es mal vue en Afrique. Et puis si tu te maries et tu n'as pas d'enfants, en Afrique, c'est très mal vu. En fait, c'est comme si le foyer c'est fait pour faire des enfants en quelque sorte. » (Entrevue 12.)

Pourquoi les Africaines continuent-elles à procréer malgré des conditions de vie difficiles, mettant en danger dans certains cas leur santé et leur vie?

Lorsque j'interroge ces femmes du Burkina Faso en leur demandant pourquoi il leur apparaît si important d'avoir des enfants, le rire constitue leur première réaction. C'est comme si je leur posais une question qui n'avait pour ainsi dire pas de sens, à laquelle la réponse était tellement évidente qu'il serait ridicule de s'interroger à son sujet. Si les femmes africaines continuent à avoir un aussi fort désir de maternité, sans doute est-ce parce que l'enfant leur permet de valoriser leur statut social au sein de la famille, du lignage et de la société. L'enfantement permet vraiment de compléter sa « féminité » et de répondre ainsi aux exigences de la société. Dès lors, une femme qui ne procrée pas par sa propre volonté, ou qui est dans l'incapacité d'enfanter, subit en quelque sorte « une mort sociale ». Elle est comme dépourvue de statut :

« Dans notre société, c'est même la société qui nous oblige à avoir ça. Dans une famille où il n'y a pas un enfant, où il n'y a pas des enfants généralement, cette famille est mal vue. On dit que les enfants c'est le bonheur, c'est la richesse. Voilà. » (Entrevue 17.)

« Avoir des enfants, oh! C'est très important parce que les enfants peuvent nous aider dans la vie de tous les jours, nous aider à faire le ménage. Et une fois que je n'aurai plus la force, ils peuvent nous aider à ce moment. Parce qu'en Europe il y a des structures pour accueillir les personnes âgées, ici, c'est toi, tes enfants.

« Oui, parce que, en Afrique en général, une femme qui ne fait pas d'enfants, elle n'est pas considérée comme les autres femmes. Elle est mal vue et, même si ça ne dépend pas d'elle, la faute revient toujours sur la femme. On ne dira jamais que c'est l'homme qui n'arrive pas à enceinter la femme. Non! Chaque fois, le problème, c'est chez la femme. Même si médicalement c'est prouvé, à ce moment-là, la femme peut rester chez l'homme. Mais le plus souvent, si c'est la femme qui a des problèmes, elle quitte le foyer parce qu'on n'accepte pas une femme qui n'enceinte pas. » (Entrevue 15.)

Une vaste littérature fait état de cette perception de la maternité. Un nombre important d'articles témoignent du fait que la procréation est bien plus qu'un choix personnel et individuel. Il s'agit d'une norme, voire d'une obligation,

sociale et familiale, et s'y conformer serait le seul moyen d'acquérir un statut social et d'être reconnue comme femme dans la communauté (Asowa-Omorodion 1997, Dudgeon and Inhorn 2004, Grossmann- Kendall and Flippi 2001, Jansen 2006, Nasah, Mati, and Kasonde 1997). Les textes qui abordent l'infertilité mettent tous en lumière les conséquences sociales auxquelles font face les « femmes sans enfants » : elles souffrent de stigmatisation, d'isolement et ne participent pas aux décisions prises dans le foyer. Au Tchad, notamment, les femmes infertiles sont considérées comme une troisième catégorie d'individus et occupent un niveau inférieur dans la société (Ezembé 2003, Silke 2007). Chez les Mossis du Burkina Faso, les femmes considérées comme infertiles sont méprisées et accusées de sorcellerie (Ezembé 2003) :

« Ça fait agrandir la famille. Si vous êtes dans une famille et vous êtes que tous les deux, cette famille est mal vue. L'homme et la femme. On va peut être dire que c'est une famille qui est méchante, une famille qui a été ensorcelée, c'est pour cela qu'ils n'ont pas d'enfants, ou bien ils ont pris des enfants, ils ont mangé¹⁷, waké¹⁸ pour chercher de l'argent, c'est la raison pour laquelle ils n'ont pas d'enfants alors que l'enfant c'est l'incarnation du bonheur. » (Entrevue 17.)

2. Continuité du lignage

L'enfant constitue une richesse dans cette société, notamment dans la mesure où il permet la continuité du lignage et réactualise le nom de famille. D'ailleurs, dans l'univers africain, les enfants n'appartiennent pas au couple biologique, mais au lignage (Ezembé 2003). Les familles nombreuses étaient autrefois signe de prospérité économique et spirituelle (Ezembé 2003).

¹⁷ Manger des enfants est une expression désignant un individu pratiquant la sorcellerie

¹⁸ Waker est un terme moré qui signifie pratiquer la sorcellerie ou être victime de sorcellerie

« Avant, oui, quand une femme mettait beaucoup d'enfants au monde, elle était honorée; être africaine, c'est faire des enfants. C'est vrai que je suis lettrée, mais bon, si demain on n'est pas là, on laisse quelque chose de nous quand on est parti. » (Entrevue 3.) « Chez nous, l'enfant, c'est un héritage. Il faut qu'il y ait quelqu'un qui puisse te représenter. [...] Pour qu'on puisse dire, c'est le fils d'untel. On se rappelle de la personne. » (Entrevue 1.)

3. Enfanter : entre devoir social et désir de maternité

À travers l'étude, j'ai pu constater que les femmes oscillent entre ces deux paramètres. Lorsque j'évoque avec elles les raisons qui expliquent l'importance des enfants, elles me répondent tout d'abord qu'il s'agit d'une exigence sociale. Si elles refusent ou si elles sont dans l'incapacité d'enfanter, leur position et leur statut seraient en péril ou bel et bien dégradés. Néanmoins, j'ai pu remarquer que toutes les femmes ont un réel désir d'expérimenter la maternité. Ce désir s'explique par trois raisons. Il constitue un soutien émotionnel important pour les femmes, de même qu'une sécurité pour l'avenir, et l'enfant incarne la réalisation des projets que la mère aurait souhaité faire.

II. Importance de l'enfantement pour les femmes

1. Un soutien émotionnel

Bien que la littérature indique que l'enfantement est seulement perçu par les femmes comme une obligation sociale, mon étude a montré que l'enfant constitue un réel soutien émotionnel pour les femmes (Dudgeon and Inhorn 2004, Grossmann- Kendall and Flippi 2001). Elles consacrent tous leurs efforts pour assurer une bonne éducation à leurs enfants. Elles accordent une importance

considérable à l'affection, à l'amour qu'elles peuvent donner à leurs enfants. Les femmes investissent également tout leur espoir dans leurs enfants : elles tentent de leur offrir le meilleur et souhaitent voir en eux l'accomplissement de projets qu'elles auraient aimé faire. L'enfant occupe une place tellement importante dans la vie de certaines répondantes qu'il était difficile pour elles de me fournir des raisons expliquant cette importance d'enfanter. Ces femmes entretiennent une relation fusionnelle avec leurs enfants. « Parce que l'enfant représente tout. En fait, ce que tu n'as pas pu faire dans ta vie, tu veux que ton enfant le fasse pour toi. » (Entrevue 1.) « Au moins, ta souffrance n'a pas été vaine. Tu as souffert, les enfants ont réussi... C'est ton seul bonheur. » (Entrevue 13.)

« L'union du couple, le fait de voir l'enfant, se sentir tu te dis que c'est moi qui ai mis cet enfant au monde. C'est ça surtout, quoi. Une fois que l'enfant, ça ne va pas, tu te sens, quoi, c'est ta moitié qui n'est pas là même [...] Y a des moments quand il est malade je me pose la question : s'il arrivait que cet enfant mourait aujourd'hui... Ma vie n'aurait plus de sens. C'est profond, quoi, l'importance, je ne sais pas comment l'expliquer, mais c'est ma vie en quelque sorte, c'est lui qui représente ma vie. » (Entrevue 5.)

2. Une garantie pour l'avenir

L'enfant représente aussi une sécurité économique et sociale pour la famille lorsque les parents se retrouvent dans l'incapacité de travailler eux-mêmes pour subvenir à leurs besoins. L'enfant est perçu dès lors comme une garantie pour l'avenir. L'enfantement permet ainsi à la femme, non seulement de valoriser son statut, mais aussi de « stabiliser » le couple de manière à éviter la polygamie et le divorce. Lors de mon étude, les agents de santé m'ont expliqué que les femmes viennent les consulter systématiquement parce qu'elles désirent des enfants, leur plus grande crainte étant « d'être chassées du foyer » ou de voir leur

conjoint prendre une autre épouse parce qu'elles se trouvent dans l'incapacité d'enfanter :

« C'est comme ça, ici. La femme, c'est ça. Tu te maries pour avoir des enfants et pour qu'ils t'aident après. C'est l'objectif, ici. Au bout d'un mois, ils te demandent : "Madame n'est pas encore enceinte?" Si une femme n'arrive pas à avoir d'enfants, c'est grave. Même si il y a dix années de mariage après, là. Les parents vont t'obliger à prendre une deuxième femme pour que tu puisses avoir des enfants. Et, en général, on incrimine la femme dans la stérilité du couple plus que l'homme. Lui, il ne consulte pas. » (Entrevue 16.)

La procréation devient dès lors une quête. Les femmes utilisent toutes les ressources dont elles disposent pour pouvoir enfanter. Elles ont recours autant à la médecine « traditionnelle¹⁹ », c'est-à-dire celle des marabouts, des herboristes et des guérisseurs, qu'à la médecine dite « moderne », autrement dit la biomédecine occidentale qui est pratiquée dans les centres de santé :

« Bon, pour les maladies, les infections, les IST en général, elles ne consultent pas. Elles peuvent faire des années avec ça. Y en a qui traitent ça traditionnellement, c'est des guérisseurs.... Oui, les herbes, les guérisseurs, les grigris. Mais elles finissent par consulter à l'hôpital. Y en a qui vont voir d'abord chez des guérisseurs, et d'autres font de l'automédication. » (Entrevue 16.)

¹⁹ J'utilise le terme « traditionnel » et le terme « moderne » pour distinguer deux types de médecine sans entrer dans le débat de ces deux termes. L'utilisation du terme « traditionnel » dans ce texte n'est pas connotée à quelque chose de péjoratif.

III. L'accompagnement à la naissance

1. La dimension du genre dans l'utilisation des services de soins²⁰

Au Burkina Faso, la naissance d'un enfant représente un évènement social et collectif d'une très grande importance. Un réseau social étendu participe à cet évènement. Le partenaire est le premier concerné. Il joue un rôle vital dans ce processus. Sa participation se manifeste dès l'entrée dans le service de santé pour le suivi de la grossesse. Son rôle influence la femme dans son utilisation des services de soins. Il intervient dans les dépenses économiques et dans les décisions relatives à la santé de sa partenaire :

« Homme/femme Ouh! [rire] c'est la féodalité seulement! Parce que la femme ne décide pas. Même si elle vient, il faut que l'homme donne son accord. Voilà. S'il dit qu'il n'a pas les moyens de supporter les frais, tu es obligée d'accoucher à la maison. Même si tu es malade, il n'a pas les moyens de faire face à l'ordonnance, tu es obligée de te contenter de plantes, quoi, ou bien à la pharmacie par terre²¹. Et quand ça va chauffer, on va t'amener, mais ça sera trop tard. Bon, c'est comme ça. » (Entrevue 15.)

« Généralement, elles ne prennent pas les décisions elles-mêmes. Nos femmes, elles ne sont pas à l'aise. Elles vivent. Elles dépendent beaucoup de leur mari. Bon, y en a qui se débrouillent un peu, mais la plupart dépendent de leur mari même pour venir dans un centre de santé. Il faut l'avis du mari. Donc une femme enceinte qui vient pour la consultation prénatale attend l'avis de son mari. Donc c'est pour cela qu'elles viennent souvent en retard. Elles viennent toujours

²⁰ Les deux problèmes sociaux principaux auxquels est confronté le Burkina sont la très forte inégalité entre les sexes et l'analphabétisme. L'inégalité entre les sexes serait plus importante que dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest. C'est surtout sur le plan de l'éducation, de l'alphabétisation et de la représentation des femmes au parlement (World Bank, 2002) que l'on retrouve de très fortes disparités entre les hommes et les femmes.

²¹ *Pharmacie par terre* : expression désignant l'achat de médicaments dans les marchés, sur les bords de route. Ce sont principalement les enfants qui vendent ces médicaments douteux dont la consommation peut être dangereuse (date de péremption dépassée, mauvaise conservation...).

après le premier trimestre. Y en a même qui viennent tout juste pour avoir un carnet pour pouvoir aller à la maternité parce que là-bas on va leur demander leur carnet de consultations prénatales. Donc elles dépendent beaucoup de leur mari. Oui, tout dépend du mari. C'est tellement ancré dans les mentalités que y en a même qui ont les moyens, mais qui ne vont pas décider elles-mêmes. Elles ne viendront pas dans le centre tant qu'elles n'ont pas demandé à leur mari. Oui, c'est le mari qui décide puisque c'est lui qui dépense. » (Entrevue 18.)

La dimension de genre détient une place prépondérante dans l'explication de l'utilisation ou de la non-utilisation des services de soins. Durant mon étude de terrain, toutes les femmes ont mentionné leur difficulté à pouvoir fréquenter les centres de santé si elles n'ont pas le consentement de leur conjoint, dans la mesure où ce dernier assure intégralement les frais des soins. Dans un grand nombre de familles, le conjoint gère encore les dépenses du foyer, ce qui explique que les femmes ne viennent généralement consulter que tardivement ou lorsque leur état de santé devient critique. La littérature reflète d'ailleurs ce « handicap » pour les femmes dans leur libre utilisation des services de soins (Dudgeon and Inhorn 2004, Nasah, Mati, and Kasonde 1997, Sow 2007, Turshen 1991). Cette dépendance économique²² constitue dès lors une entrave à la fréquentation des centres de santé par les femmes :

« Je n'ai pas grand-chose à ajouter, je trouve qu'au Burkina, le problème homme/femme, c'est l'homme qui gère tout, même si ce n'est pas tout le temps, c'est quand même l'homme qui domine, et il ne cesse pas à te le rappeler : "c'est moi qui te nourris [rire] même si tu mets un enfant au monde." » (Entrevue 4.)

De plus, la littérature révèle que l'influence du partenaire est très peu étudiée en sciences sociales. Plus spécifiquement, on s'est peu attaché à connaître

²² Le Burkina Faso est l'un des pays les plus pauvres de l'Afrique de l'Ouest (moins d'un dollar canadien de revenu moyen par jour). 45,3 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. 51,3 % de cette proportion serait composée de femmes.

sa perception de la maternité et de l'enfantement. Il serait nécessaire d'incorporer les hommes, de prendre en compte leurs désirs et leurs choix dans la santé reproductive puisqu'ils exercent une forte influence sur le choix de leur partenaire en matière de désir d'enfants et de méthodes contraceptives (Nii-Amoo 1996) (Dudgeon and Inhorn 2004, Priya 2002).

L'article de Dudgeon indique également qu'il est fondamental de prendre en considération la qualité de la relation conjugale, plus que le statut marital, lorsque l'intérêt est porté sur la santé des femmes en lien avec la dimension de genre (Dudgeon and Inhorn 2004).

Lors de mon étude de terrain, la dimension de genre était omniprésente dans les discours et s'exprimait dans tous les domaines de la vie quotidienne des femmes, notamment dans la prise de décision au sein du foyer, mais également dans le partage des tâches domestiques et dans l'éducation des enfants. Une grande partie de mes répondantes me témoignaient la lourdeur de leur responsabilité au sein de la maisonnée :

« Ce n'est pas facile. Tout repose sur la femme. Au Burkina, ici, bon surtout dans les campagnes, là, les femmes doivent tout faire, même en ville, là, tout repose sur la femme, les dépenses. Quand y a un petit problème, c'est à elle qu'on a recours. Tout repose sur la femme dans notre société! Le partage des tâches, là, c'est la femme qui fait tout jusqu'à présent, là, y a des hommes qui trouvent que si tu dis à un homme de balayer, bon, essayer de partager les tâches, y a certains qui n'acceptent pas ça. Ils disent que ça, c'est réservé à la femme. C'est la femme qui doit faire ça, qui doit faire ceci. Donc jusqu'à présent y a des coins, là, où la femme est encore marginalisée. Elle est carrément marginalisée. » (Entrevue 2.)

2. L'importance du réseau social dans les prises de décision

Le conjoint n'est pas la seule personne à avoir une influence dans ce processus de la mise au monde d'un être. Le réseau familial, et plus particulièrement les membres féminins de la famille, influence les femmes dans leur choix d'utilisation des services de santé et du lieu de l'accouchement. Durant mes entretiens, toutes les femmes ont mentionné que leurs familles respectives ont participé à la décision du lieu de l'accouchement :

« Oui, on m'a conseillé. C'est ma belle-sœur qui m'a conseillé. Voilà. Moi, je souhaitais aller à la maternité de l'hôpital Yalgado. Mais ma belle-mère, les deux belles-mères m'ont conseillé à chose Korbi comme c'est des vieilles sages-femmes qui sont là-bas. Elles ont au moins l'expérience. Elles pourraient m'aider. Voilà. » (Entretien 2.)

La santé des femmes relève par conséquent du domaine communautaire, collectif. Ce sont les membres de la famille qui décident en groupe de la santé de la parturiente (Nasah, Mati, and Kasonde 1997). Autrement dit, la santé des femmes est une « affaire de famille ». J'ai constaté que les femmes sont toujours accompagnées par des membres de la famille à la maternité. Après l'accouchement, les membres féminins interviennent rapidement dans la prise en charge de la parturiente. Ces femmes ont pour rôle premier d'enterrer le placenta dans la cour de la maternité. Elles pourvoient en nourriture la femme qui vient d'accoucher. Lorsque celle-ci se couche pour se reposer, la famille prend en charge le nouveau-né en le nettoyant et en procédant à un massage au beurre de karité. Les premiers soins après l'accouchement sont donnés principalement par la mère de la parturiente ou, lorsque celle-ci est primipare, par sa belle-mère.

3. L'expérience de l'accouchement : le moment crucial

L'accouchement est un moment redouté par les femmes. Conscientes des conditions dans lesquelles elles accouchent, elles connaissent le danger et les risques présents durant l'événement. Lors de mes observations dans la salle d'accouchement, un sentiment de peur et d'insécurité pouvait se lire sur leurs visages. Dans les histoires qu'elles me relataient au sujet d'elles-mêmes, les douleurs et les difficultés étaient soulignées. Ces douleurs devaient être nécessairement vécues. Dans leurs discours, les femmes attribuent un caractère naturel aux douleurs en expliquant que, pour elles, donner la vie se fait systématiquement par le passage par la douleur. Non seulement les douleurs doivent être ressenties, mais les femmes sont censées *supporter* l'affliction. Plus la femme « souffre » en silence, plus elle est valorisée par l'équipe soignante et le réseau social qui l'accompagne. Les femmes qui expriment émotionnellement leurs douleurs par des pleurs ou des cris sont encouragées à supporter la douleur silencieusement et patiemment. Dans le discours des femmes, supporter les douleurs de l'accouchement fait partie intégrante du passage du statut de femme au statut de mère.

Aux yeux des intervenants, les douleurs de l'accouchement ne sont aucunement comparables à des douleurs d'autres types. Elles sont tellement spécifiques et intenses qu'il n'est pas possible d'établir des comparaisons. C'est une expérience unique qu'il faut vivre pour comprendre. L'expérience des douleurs de l'accouchement serait pour une femme un moyen de restaurer son

identité de femme courageuse et battante, capable de surmonter ces éprouvantes douleurs. Une des intervenantes me dit : « Les femmes sont nées pour souffrir. » (Entrevue 14.) J'ai été frappée dans un premier temps par ces propos, mais au fur et à mesure que j'allais à la rencontre de ces femmes je remarquais que ce terme de souffrance était récurrent dans toutes les histoires de vie que je pouvais recueillir. Je commençais à comprendre que ce terme ne désignait pas seulement les douleurs physiques de l'accouchement, mais qu'il était utilisé pour englober les conditions de vie de ces femmes (la relation conjugale, la qualité et le niveau de vie, l'expérience de la maternité, l'éducation des enfants, la trajectoire personnelle) :

« Quand on accouche, on est entre la vie et la mort. » (Entrevue 7.) « Les femmes souffrent, les conditions des femmes en général sont difficiles. » (Entrevue 14.) « Une femme, ici, au Burkina, quand elle est enceinte, les travaux, elle les fait. » (Entrevue 3.) « Les conditions des femmes africaines, elles ne sont pas bonnes [rire]. Non, ça, vraiment, elles ne sont pas bonnes. » (Entrevue 14.)

« Les femmes africaines souffrent même si elles sont scolarisées, même si elles sont intellectuelles. Dans la famille mossie, la femme n'a pas de valeur comme ça en tant que telle. Elle est là pour cultiver, qu'elle soit en grossesse ou pas, ce n'est pas le problème. [...] Ce sont des gens qui n'ont pas porté une grossesse. Pour eux, la grossesse n'est rien. » (Entrevue 13.)

Les discours recueillis font état de bien plus que l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, ils dévoilent les difficultés des conditions de vie des femmes de manière globale. Bien que ces conditions de vie soient empreintes de souffrance, lorsque je voyais les femmes tenir leur enfant pour la toute première fois dans leurs bras, je pouvais lire toute la joie et le bonheur sur leur

visage, comme si ce geste effaçait toute la difficile épreuve qu'elles venaient de traverser avec un tel courage.

Ce chapitre m'a permis d'explorer l'envers du décor de l'expérience de la maternité. Il s'est articulé plus particulièrement autour de l'expérience personnelle, individuelle des femmes dans leur processus d'enfantement. J'ai mis en lumière la représentation socioculturelle de l'enfant dans cette culture. Pour les femmes, l'enfant constitue un soutien émotionnel important. Il est une garantie pour l'avenir et représente toutes leurs aspirations. L'enfantement est un phénomène éminemment social et collectif au Burkina Faso. J'ai essayé aussi de comprendre en profondeur le vécu de ces femmes à un moment précis de leur vie. Les femmes oscillent entre un véritable désir d'enfanter et le sentiment de devoir répondre à une exigence sociale. L'accouchement est un moment d'une extrême vulnérabilité pour les femmes. L'expérience des douleurs est nécessaire dans leurs discours parce que, dans leurs représentations, le passage du statut de femme à celui de mère se fait par cette expérience. Le chapitre suivant examine l'expérience des femmes dans leurs rapports avec l'institution dans laquelle elles donnent la vie.

Chapitre IV : Le contact des femmes enceintes avec le service obstétrical

« La santé n'est pas seulement la vie dans l'existence des organes, c'est aussi la vie dans la discrétion des rapports sociaux. »

CANGUILHEM, G., *La santé, vérité du corps*, 1992

I. Perception des services publics et incompréhension des politiques publiques de santé : une situation qui n'encourage guère les femmes à utiliser les centres de santé

L'ensemble de la communauté partage dans une large mesure une vision très négative des services publics. Le rapport du ministère de la Santé mentionne que le faible niveau de la qualité des soins a généré une perte de confiance des usagers à l'égard des services de santé (Ministère 2000). Dans les données recueillies au cours de mes entrevues, les facteurs mentionnés comme étant à l'origine de cette perception sont la négligence professionnelle, l'escroquerie, la violence verbale, la corruption. Il était intéressant d'observer dans la structure des phrases ponctuées par les répondantes comment un attribut positif était systématiquement suivi d'un attribut négatif pour décrire la façon dont sont perçus les agents de santé et, de façon plus générale, le système de soins. « Bon, il y a des sages-femmes qui sont compréhensives. Elles sont accueillantes. Par contre, il y a des sages-femmes... chacun son tempérament. » (Entrevue 3.) « Bon, certaines, elles ont été aimables, mais certaines, c'est des tempêtes sur les femmes. » (Entrevue 6.) J'ai rapidement constaté que le comportement des agents était le premier élément mentionné pour décrire les services publics de santé. La mauvaise perception qui a cours à l'égard des services publics tiendrait dès lors

principalement à la qualité médiocre des soins et au comportement des soignants. Cette conception génère deux effets. Tout d'abord, elle n'encourage pas les femmes à fréquenter les centres de santé. Ensuite, elle cristallise les femmes dans une position d'autodéfense bien avant la confrontation réelle avec le personnel soignant. Les services publics sont vus comme des hauts lieux de corruption. Or, ce qui m'a été dit est qu'il existe effectivement une corruption dans les services publics de santé, mais qu'elle n'est pas généralisable. Mon étude de terrain a confirmé des actes de corruption, mais seulement chez deux agents de santé dans l'ensemble du centre de santé observé. En outre, les intervenants qui ont des responsabilités au sein du centre sont conscients de ce problème et luttent pour son éradication.

Plusieurs répondantes considèrent que la réclamation d'argent lors des consultations relève d'une corruption du système public parce que les médias informent que les soins dans les services publics sont censés être gratuits. Or la création du comité de gestion dans les centres de santé amène les agents à réclamer aux femmes qui les consultent une certaine somme pour l'achat du matériel qui n'est pas financé par le gouvernement, par exemple les gants, ou l'albumine pour tester les urines. Les agents de santé remettent cet argent au comité de gestion, puis lui réclament un minimum de matériel pour pouvoir travailler. Les intervenants eux-mêmes critiquent le système et affirment que des défaillances importantes, bien réelles, amènent inévitablement des problèmes avec les usagers :

« Nos conditions de travail ne sont pas très bonnes parce qu'on n'a pas tout le nécessaire pour travailler. Nous sommes organisés. Y a des comités de gestion dans chaque centre de santé. Les comités de gestion, normalement,

devaient s'occuper de nous en matière de donation, de dotation, en tout cas le minimum nécessaire pour qu'on puisse travailler. Il se trouve que ces comités de gestion travaillent sur la base de bénéfices en vendant des médicaments [...] génériques, alors comme c'est le comité de gestion qui représente la population du secteur, donc les médicaments sont vendus à des prix abordables. Donc ça ne donne pas beaucoup de bénéfices.

« En plus de cela, le comité de gestion emploie du personnel. Le gérant est payé par le comité de gestion et maintenant au dépôt pharmaceutique doit assurer la garde. Donc une seule personne ne peut pas assurer la garde. Donc on a un minimum de trois personnes dans le dépôt. Donc il faut que le comité de gestion paye ces trois personnes. Il faut un gardien. Le comité de gestion paye les gardiens, donc assure le salaire, là, ces gardiens-là. Donc notre comité de gestion a à sa charge près de 5 à 10 personnes, mais normalement le comité de gestion devrait aussi donner un paiement pour les motiver.

« Il se trouve qu'actuellement c'est très difficile. Dans le trimestre, on peut avoir 2 000 francs CFA pour le personnel. Et donc ce qui pousse le personnel à faire du rackettage, chose qu'on est entrain de lutter contre ça. C'est-à-dire, en fait, on fait payer les patients pour les actes qu'on pose. Donc tu vois. Alors que normalement comme on est dans la fonction publique y a des choses qu'on ne doit pas faire si on avait tout. Et ça aussi c'est dû au fait qu'on n'a pas tout le nécessaire sous la main. On peut nous dire que les soins sont gratuits, mais si on ne nous donne pas tout. On peut vous donner le carnet. On donne les carnets gratuitement, mais on ne vous donne pas les gants. On ne peut pas vous examiner. Donc ces gants on les achète. On prend des sous pour pouvoir acheter les gants encore. Donc y a plusieurs petites choses comme ça. Donc, la santé n'est pas totalement gratuite. » (Entrevue 18.)

« Bon, on fait ce qu'on peut. Il faut se débrouiller. [...] Il faut se débrouiller pour avoir parfois un bic pour écrire. C'est ça le problème. Tu vas demander, comme c'est le comité de gestion qui gère. Bon y a parfois des ruptures de coton, des ruptures d'alcool. Quand tu dis, ils te disent que le président du comité de gestion n'a pas signé. La trésorière n'a pas contresigné. Tu es obligé d'attendre. Bon, y a parfois un manque de matériel, mais au moins on fait tout pour ne pas interrompre le travail parce que les femmes viennent, elles ne comprennent pas. Si vous n'avez pas de coton, ce n'est pas leur problème. Elles viennent pour leur vaccination. Maintenant c'est à nous de se débrouiller pour avoir le matériel nécessaire pour les satisfaire. » (Entrevue 15.)

Des défaillances sont palpables dans le système de soins. Elles génèrent des difficultés de travail pour les intervenants et une incompréhension pour les usagers. Ces deux répondantes font référence à l'organisation du système de soins qui a été mise en place suite à l'initiative de Bamako. La création des comités de

gestion avait pour but de laisser une certaine autonomie financière aux centres de santé pour qu'ils puissent financer eux-mêmes leur matériel. Elle avait également pour objectif de dégager des bénéfices de la vente de médicaments pour permettre l'achat du matériel dont ils ont besoin. Or, je remarque que plusieurs problèmes se posent au niveau du comité de gestion dans ce centre de santé, ce qui provoque des problèmes relationnels entre les professionnels de la santé et les femmes enceintes. Les problèmes évoqués concernent l'indisponibilité des médicaments et du matériel de base nécessaire pour le bon fonctionnement du travail. La création du comité de gestion et sa mauvaise organisation ont favorisé des actes de corruption dans les services de maternité, comme l'affirme l'une des répondantes.

Lors de mes entrevues avec les femmes qui ont fait l'expérience de la maternité, j'avais constaté une certaine ambiguïté dès le départ dans la perception qu'elles avaient des services de santé publics. Je me suis alors demandé quelles raisons expliquaient cette équivoque. S'agissait-il d'une stratégie pour dénoncer des réalités bien présentes ou bien était-ce une manière de se conformer à l'opinion publique? D'après une étude réalisée au Burkina Faso sur l'importance de la prise en compte de la perception locale de la notion d'équité dans la mise en place de réformes sanitaires, Valéry Ridde a montré combien il est essentiel de prendre en considération les perceptions locales et de les intégrer dans le processus de la mise en œuvre d'une politique publique de santé (Ridde 2006a). Cette étude vient en effet corroborer le fait que l'incompréhension des politiques publiques par les femmes, notamment celle de la gratuité des soins en santé maternelle, pourrait être une source de conflit avec les intervenants en santé. Les médias tendent à renforcer cette incompréhension des politiques publiques mises

en place, qui visent évidemment à améliorer l'accès aux soins par les femmes. La perte de confiance des populations à l'égard de leur système de santé et de leur gouvernement, de même que la non-participation des acteurs clés dans le processus de mise en œuvre des politiques publiques de santé, conduisent inévitablement à une inefficacité des réformes sanitaires qui ont pour ambition d'améliorer l'accès aux soins et de permettre une meilleure qualité des services de santé (Ridde 2006c).

Les politiques publiques de santé qui se sont succédé en Afrique sont entachées d'échecs et de défaillances. Différentes stratégies financières ont été mises en œuvre dans la plupart des pays africains en raison d'une grande difficulté à financer le secteur de la santé. L'introduction du paiement direct a été considérée comme une solution pragmatique pour compenser le sous-financement du système et garantir une certaine efficacité. Les objectifs de ces stratégies financières étaient d'une part de répondre à la crise financière qui touchait un grand nombre de pays africains en raison des ajustements structurels qui avaient pour but de favoriser la privatisation au détriment du secteur public (Jowett 1999). D'autre part, le paiement direct devait promouvoir la rationalisation de l'utilisation des soins et générer des revenus additionnels (James et al. 2006, Jowett 1999). Les sources financières supplémentaires devaient être réintroduites dans le secteur de la santé afin d'améliorer la couverture et la qualité du service (Sepehri and Chernomas 2001). La tarification des services de soins devenait dès lors une importante ressource de revenus pour le secteur de la santé. Or, il a été démontré par plusieurs études que le paiement direct est une stratégie inefficace en termes de génération de revenus puisque les revenus additionnels n'ont augmenté que de

10 % le budget total pour la santé (Witter 2005). Grénais confirme qu'il s'agit bien d'une conjoncture des facteurs endogènes et exogènes qui a généré des situations où les structures de soins ne reçoivent aucun fonds de l'État pour pouvoir prodiguer les soins nécessaires aux populations. L'initiative de Bamako, qui est toujours la réforme en place dans le système de santé public burkinabé, est entachée de défaillances. L'absence de normes concrètes autour de cette réforme sanitaire favorise l'arbitraire. Et la décentralisation qui est au cœur de cette politique encourage au contraire un renforcement du niveau central. « Il n'y a pas d'intervention de santé publique sans débat public et l'absence de débat public national fait souvent cruellement défaut dans les pays africains pour que la santé devienne publique. » (Grénais 2001) Arhin mentionne que, lorsque les revenus sont retenus dans les centres de santé, il se peut que les décideurs locaux achètent des équipements non nécessaires, mais à but lucratif (Arhin 2000).

En plus de ne donner lieu qu'à une faible génération de revenus, il a été démontré que le paiement direct constitue une entrave à l'utilisation des services de soins, notamment pour les indigents et les groupes vulnérables, dont les femmes. Par conséquent, la tarification des actes n'a pas amélioré la couverture de l'accès aux soins ni la qualité du service (Arhin 2000, Keith and Shackleton 2006, Witter 2005). En d'autres termes, ce mode de paiement ne permettait pas d'offrir la qualité de soins visée par les objectifs initiaux de cette stratégie (Hutton 2004, Ridde 2004). De plus, Arhin et Witter affirment que le paiement direct a conduit à une sous-utilisation des services de soins. (Arhin 2000, Witter 2005). Arhin, en se basant sur une étude faite au Ghana, explique que la tarification des services de soins et le recouvrement des coûts auraient conduit les individus à utiliser de plus

en plus les médecines dites traditionnelles et l'automédication au lieu des services de santé publics (Arhin 2000). Le rapport de Keith parle même d'endettement des indigents (Keith and Shackleton 2006). Le paiement direct aurait aussi un impact non négligeable sur la dépense catastrophique²³ (Russell 1996). Les articles de Russell démontrent que le paiement direct amène nécessairement les ménages à sacrifier leurs besoins essentiels pour payer les frais de soins (Russell 1996, Russell 2004).

En outre, une série d'articles démontre que le recouvrement des coûts et la tarification des services de soins sont des mesures qui conduisent à réduire la couverture vaccinale (Amone, Cattaneo, and Salome 2005, England et al. 2001, Mugisha et al. 2002, Uzochukwu and Onwujekwe 2004).

D'autres stratégies ont été proposées, comme le prépaiement et l'assurance, mais on n'a pas encore exploré leur efficacité et leur viabilité. Afin de développer une certaine équité dans l'accès aux soins et d'atteindre les Objectifs du millénaire fixés par les Nations Unies, plusieurs pays africains se sont lancés dans une politique d'abolition du paiement direct. L'abolition du paiement a eu des effets très contrastés sur les objectifs fixés au départ. Les résultats sont assez variables d'un pays à l'autre.

Je constate la complexité inhérente à la mise en œuvre d'une politique publique fiable et répondant à des objectifs de justice sociale. Je réalise aussi rapidement comment, à partir d'une analyse d'interaction sociale dans un espace donné, il est possible de mettre en évidence des problèmes, des défaillances se

²³ *Dépense catastrophique* est un terme inventé par les économistes pour désigner la contrainte d'utiliser le budget qui doit servir aux besoins fondamentaux, en l'occurrence les frais de subsistance dans un ménage, pour payer les frais de soins.

situant à un niveau plus haut, mais qui ont un impact non négligeable sur le quotidien des individus.

Après avoir constaté ces défaillances et avoir eu des échos de la mauvaise réputation de leur centre de santé, les intervenants du secteur 15 ont mis en place une stratégie communautaire pour pouvoir analyser les commentaires faits par les parturientes à l'issue de leur suivi de grossesse et de leur accouchement. Ils ont organisé une séance auprès de la communauté avec l'aide d'associations communautaires du secteur. Toutes les femmes qui ont affirmé avoir eu des relations conflictuelles avec une intervenante devaient se manifester. Un échange s'est créé entre les protagonistes. Cet échange a amélioré par la suite l'image de ce CSPS. La stratégie, initiée par les professionnels de la santé eux-mêmes, montre la spécificité de ce centre de santé et sa volonté d'améliorer sa pratique obstétricale. Cette stratégie communautaire s'est avérée efficace puisque ce centre de santé est classé parmi les meilleurs centres de toute la région de la capitale. Il a vu en outre sa clientèle de femmes augmenter de façon considérable. Un nombre important de femmes qui ne proviennent pas de ce secteur se rendent à cette maternité pour une consultation ou demandent à y être transférées.

II. Organisation interne et gestion des services de soins

Les facteurs structurels qui s'expriment à travers l'organisation des soins favorisent l'émergence de tensions entre les deux groupes d'acteurs. Dans l'organisation interne, j'ai porté une attention particulière au temps d'attente et au processus de consultation. Le temps d'attente est relativement long. Il peut varier

entre deux heures et quatre heures. La longueur de l'attente s'explique par le processus de consultation et le nombre insuffisant de soignants. De plus, le manque de personnel amène une rotation des postes qui ne satisfait pas la demande, ce qui crée des problèmes d'organisation interne dans la gestion des soins. Le processus des consultations est organisé en fonction de l'ordre d'arrivée. Lorsqu'ils se rendent au service, les intervenants ne savent pas qui est arrivé en premier. Ils commencent à distribuer les carnets de santé aux personnes qui se sont mises devant la porte. Quand un intervenant appelle, pour la consultation, une femme qui n'est pas arrivée en premier, les femmes qui étaient avant là avant elle se plaignent, et des disputes ont lieu. Les femmes qui sont malades sont examinées en priorité. Ensuite, les femmes qui viennent seulement pour leur test d'urine sont reçues entre deux patientes. Enfin, les femmes qui en sont à leur première consultation sont examinées en dernier, même si elles étaient présentes les premières, ce qui est souvent le cas puisque pour avoir le droit à sa première consultation, et donc bénéficier d'un carnet de santé, on doit arriver au centre assez tôt le matin. Ces femmes, qui sont donc pour la plupart arrivées entre six heures et demie et sept heures du matin, quitteront le centre de santé vers onze heures, voire midi pour certaines. Après une attente aussi longue, les femmes sont susceptibles de manquer de patience et de ne pas être satisfaites du service. Néanmoins, plusieurs de mes répondantes ne semblaient pas gênées par le temps d'attente. L'argument qu'elles avancent est que « lorsque c'est pour la santé, il faut être patient » (entrevue 1).

De plus, le contexte urbain, qui se caractérise par un nombre important de femmes fréquentant chaque jour le centre de santé, conduit à des difficultés sur le

plan de la gestion des services de soins. Certains intervenants privilégieront une connaissance ou un membre de leurs familles dans les consultations, ce qui peut créer des problèmes avec les usagers. Il est important de souligner que ce « régime de faveur » n'est pas une pratique généralisable. Néanmoins, je pense qu'il est nécessaire de le mentionner comme un facteur favorisant les discordes avec les femmes qui fréquentent le centre. En outre, durant les consultations, plusieurs vendeurs ambulants entrent dans le service et vendent leurs produits. Les transactions commerciales perturbent également les services de consultation.

En plus de ces dysfonctionnements organisationnels des services, la mauvaise information ou la désinformation joue un rôle considérable dans la qualité de la relation entre une femme enceinte et un agent de santé. Plus de la moitié de mes entrevues démontrent que l'incompréhension par les femmes du fonctionnement des consultations est source de conflit. Les professionnels de la santé sont conscients que cette incompréhension, générée par le caractère ambigu de l'information véhiculée, rend leur travail plus difficile :

« Elles ne veulent pas comprendre. C'est ça le problème. Mais elles ne comprennent pas. Ce qu'elles entendent à la radio ou bien à la télé, c'est la réalité. C'est ce qui nous met des fois en conflit avec les femmes. On a dit que la consultation prénatale est gratuite alors que.... On nous a donné des carnets alors que la consultation ne se limite pas seulement aux carnets. Il faut des gants. Il faut des réactifs pour d'autres examens. Et quand tu veux réclamer, c'est ça, surtout, qui fait des conflits. [...] Le plus souvent, c'est parce qu'elles n'ont pas la bonne information par exemple et la mauvaise volonté de foi. » (Entrevue 15.)

Il s'agit bien d'un problème de mauvaise information et d'incompréhension qui favorise l'émergence de tensions entre les deux groupes. Les médias renforcent cette incompréhension en véhiculant des informations

partiellement vraies. Il est important de noter que les informations concernant la santé au Burkina se véhiculent énormément à travers les réseaux familiaux et de connaissances. Les individus cherchent à s'informer dans un premier temps auprès de leurs proches et amis avant de consulter les intervenants en santé.

Pour résumer, le processus de consultation, le temps d'attente, l'incompréhension du système et la désinformation au sujet des politiques publiques favorisent l'émergence de tensions entre les soignants et les femmes enceintes.

III. L'univers des soignants : un microcosme de société

Mon intégration au centre de santé m'a véritablement permis de me plonger dans l'univers des soignants et de mieux comprendre le sens de leurs actions. Les services hospitaliers sont remis en question par la littérature (Blundo and De Sardan 2001, Goffman 1979, Jaffré and De Sardan 2003, Mercadier 2004, Tremblay 1966). Le milieu hospitalier en Occident est appréhendé comme un milieu déshumanisant, essentiellement en raison de la technicisation de ses pratiques et de l'évacuation des dimensions socioculturelles de la maladie (Good and DelVicchio 1993, Gordon 1988a, Lock 2002, Lock 2005a, Lock 2005b). En milieu africain, les structures hospitalières publiques sont considérées comme des « structures banalisées et délégitimées » où règnent violence et corruption

(Blundo and De Sardan 2001, Jaffré and De Sardan 2003). Mais qu'en est-il vraiment?

Tout d'abord, il est important de noter que l'hôpital est un espace particulier qui suscite un certain nombre de questionnements quant à ses pratiques qui évoluent rapidement. « L'hôpital aujourd'hui est une véritable société bureaucratique complexe conçue entièrement en fonction du soin et de la guérison de la maladie [...] elle formalise aussi les rapports entre ceux qui en font partie en codifiant leurs relations. » (Tremblay 1966) L'hôpital renfermerait en lui des pratiques, des normes, des représentations et des croyances qui s'exercent au quotidien, mais qui ne sont pas écrites formellement (Mercadier 2004). Dans le milieu hospitalier, les acteurs véhiculeraient dès lors ces croyances et exerceraient ces pratiques qui seraient empreintes d'autorité, de pouvoir et de violence symbolique dans la mesure où le milieu médical est un monde concurrentiel de savoir dans lequel la hiérarchie est poussée à ses extrêmes (Bourdieu 1984). Les définitions de Bourdieu de l'espace social comme un espace multidimensionnel et aussi un champ dans lequel la violence symbolique s'exerce s'inscrivent dans ma conceptualisation de l'univers hospitalier que je tente de comprendre. En plus d'y constater la présence de cette violence, on peut aussi appréhender la maternité comme un champ dans lequel un rapport de force et de pouvoir existe entre les différents agents de santé (accoucheuses, sages-femmes). J'ai pu constater lors de mon observation que plusieurs accoucheuses ne se limitaient pas à accomplir les tâches auxquelles elles sont assignées. Plusieurs d'entre elles, avec l'expérience accumulée au fil des années, pratiquent les fonctions des sages-femmes. Il m'est arrivé d'ailleurs à plusieurs reprises de ne pas pouvoir différencier une

accoucheuse et une sage-femme, si ce n'est par la couleur de leur blouse. J'en déduis alors que, dans ce contexte, les professionnels de la santé qui exercent une fonction subalterne tentent d'améliorer leur position au sein de l'espace social par l'intériorisation et l'apprentissage des tâches des professions qui se trouvent au-dessus des leurs. Cette compétition pour l'acquisition d'une position supérieure amène inévitablement une rigidité dans la hiérarchie des professions puisque ceux qui occupent une position privilégiée tendent à vouloir la maintenir. Dans le cadre des entrevues, les sages-femmes interrogées pour l'étude admettent d'ailleurs un sentiment d'hostilité et de distance avec les accoucheuses. Des conflits sont présents entre ces groupes qui n'ont ni la même formation ni les mêmes tâches et responsabilités au sein de la maternité. Les sages-femmes ayant une formation plus poussée, leur statut se situe au-dessus de celui des accoucheuses. Certaines accoucheuses refusent cette hiérarchie. Les sages-femmes répondent que les accoucheuses ont un complexe d'infériorité à leur égard, ce qui conduit dans certaines circonstances à des litiges. Les sages-femmes estiment que les accoucheuses n'ont pas un niveau de compétences communicationnelles et relationnelles suffisant à l'égard des femmes enceintes et des parturientes. Les sages-femmes indiquent encore une autre raison pour expliquer la relation tendue avec ce groupe de professionnelles : les accoucheuses n'auraient pas choisi leur profession par vocation, elles seraient plutôt contraintes de l'exercer pour subvenir à leurs besoins. Les accoucheuses, de leur côté, critiquent les sages-femmes en expliquant qu'elles se contentent tout simplement d'écrire sur le registre l'évolution de la femme en travail ou les mensurations du nouveau-né. Ces propos me font penser à ce que dit Bourdieu concernant la classification des

professions en fonction de la distinction sociale (Bourdieu 1979). Dans la perception qu'ont d'elles les accoucheuses, les sages-femmes effectueraient les tâches nobles symbolisées par l'écriture, qui renvoie à l'intellect, alors qu'elles, pour leur part, sont assignées à des tâches beaucoup plus manuelles et sont en contact avec la souillure (le sang, l'urine, les selles). Ayant été à l'écoute de ces deux groupes de professionnels, et ayant fait des observations in situ, je constate que le comportement des accoucheuses décrit par les sages-femmes n'est pas généralisable. Certaines d'entre elles tentent de travailler avec beaucoup d'humanité et n'hésitent pas à collaborer étroitement avec les sages-femmes, la réciproque étant également vraie. De plus, les accoucheuses consultent systématiquement les sages-femmes lorsqu'elles sont incertaines du diagnostic à poser. La dernière décision concernant le choix d'un traitement pour une parturiente revient obligatoirement à la sage-femme. Une hiérarchie du corps médical est bien palpable. D'ailleurs, la littérature en fait état dans tous les contextes géographiques (Tremblay 1966). Parmi les groupes de professionnels, le corps médical est l'un des plus hiérarchisés (Friedson 1970, Gordon 1988b, Lock 2002). La fragmentation et la spécialisation de plus en plus prononcées de la médecine ont donné naissance à une telle division des professions qui a conduit à la production de relations de plus en plus asymétriques entre les différents membres de l'équipe soignante. L'une des raisons qui explique cette dichotomisation des professions médicales est la lutte de pouvoir qui s'exprime par l'acquisition du savoir médical (Fassin 1996, Le Blanc 2002, Lock 2002). Des tensions se font dès lors sentir dans certaines situations. Je dirais que ce sont véritablement les facteurs individuels et personnels qui entrent en jeu pour

atténuer cette hiérarchie. Lors de mes observations pendant les gardes de nuit, notamment, pendant lesquelles le personnel est réduit au minimum et le nombre d'accouchements est important, j'ai noté un véritable travail d'équipe entre la sage-femme et l'accoucheuse. Chacune d'elles semblait savoir son rôle et les tâches à accomplir pendant la garde. Leurs rôles semblaient parfois si complémentaires qu'il était difficile de l'extérieur de savoir qui était la sage-femme et qui était l'accoucheuse.

Dans l'univers des soignants, la classe d'âge et le statut marital interfèrent aussi dans les relations entre les différents acteurs de l'espace social. Ils constituent des marqueurs sociaux qui indiquent comment les acteurs doivent se comporter entre eux. Plusieurs de mes répondantes m'expliquaient combien il était délicat de faire changer certaines pratiques des femmes qui occupent la même position ou une position subalterne si elles sont plus âgées. Il en est de même pour le statut marital. Une femme mariée est appelée par ses collègues par le nom de famille de son conjoint, ce qui lui permet d'avoir une position sociale valorisée, alors qu'une femme célibataire sera appelée par son prénom (son « petit nom ») et n'occupera pas la même position, même si ses compétences et son expérience de travail sont équivalentes ou supérieures à celles d'une femme mariée. Je réalise combien dans cette société le mariage demeure une institution importante et régit les règles sociales même dans l'univers du travail. L'importance de l'institution du mariage et de l'enfantement fait partie intégrante de l'univers de travail.

Dans cet environnement majoritairement féminin, la tenue vestimentaire et la coiffure constituent des marqueurs sociaux dans les interactions. C'est à partir

de la tenue vestimentaire traditionnelle (boubou) que les actrices sont capables de déterminer la classe sociale à laquelle l'individu appartient. Dans les interactions, une attention minutieuse est portée, notamment, à la qualité du tissu et la finition de la couture. La culture du paraître est présente dans l'univers des soignants. Cette culture est assez commune dans l'ensemble des sociétés africaines (Berloquin- Chassmany 2005, Gandoulou 1989a, Gandoulou 1989b). Une vaste littérature en sciences sociales a analysé ce phénomène (Berloquin- Chassmany 2005, Comaroff 1996). Une partie de la littérature tend à expliquer cette importance du paraître dans le monde africain par le souci de visibilité et la recherche de la reconnaissance sociale (Bayard 1997, Borel 1992). Une autre partie de la littérature attribue l'importance accordée au monde de l'apparence à la colonisation, qui aurait imposé des normes vestimentaires aux colonisés (Cheikh 1961, Fanon 1952).

L'univers des soignants renferme non seulement en lui des normes, des pratiques et des représentations propres au champ médical, mais aussi des codes culturels et sociaux. Le monde clinique est complexe. En plus de la présence des normes et pratiques du champ médical et du champ social, il fait coexister aussi en lui des dimensions émotionnelles intenses. Il s'agit d'un univers dans lequel se côtoient au quotidien la mort, la vie, la joie, la tristesse. Ces observations m'amènent à appréhender l'univers obstétrical comme un microcosme qui reflète le monde social. L'univers hospitalier est traversé par les mêmes enjeux et défis que la société dans l'ensemble. La littérature corrobore les mêmes observations (Rossi 2003, Van der Geest and Finkler 2004).

Ce chapitre m'a permis de mettre en lumière un ensemble de dysfonctionnements généralisés dans les services publics de santé. Ces défaillances, même lorsqu'elles sont minimales, ont un impact non négligeable sur les rapports que les intervenants en santé entretiennent avec les usagers. Ces défaillances sont de l'ordre de l'organisation des soins, de la gestion des services et de l'incompréhension des politiques publiques de santé. Cette partie m'a conduite aussi à dévoiler l'univers des soignants. La découverte du service public d'obstétrique de la Patte-d'Oie m'amène à voir combien le milieu obstétrical est traversé par la multitude des logiques et des codes socioculturels à l'œuvre dans la société burkinabée. L'univers des soignants est également un espace où les émotions les plus fortes s'expriment puisque la vie et la mort s'y côtoient de manière quotidienne. Le chapitre suivant est le cœur du mémoire. J'y confronte les deux groupes d'acteurs en interaction dans ce service d'obstétrique, et j'y examine les rapports qu'ils entretiennent dans cet espace.

Chapitre V : L'espace des relations : quels types de rapports l'équipe soignante entretient-elle avec les femmes enceintes et les parturientes?

« Dans l'activité communicationnelle, chacun est motivé rationnellement par l'autre à agir conjointement, et ce, en vertu des effets d'engagements illocutoires inhérents au fait que l'on propose un acte de parole. »

HABERMAS, *Morale et communication : conscience morale et activité communicationnelle*, 1983

I. Tendances générales des rapports sociaux en milieu obstétrique

Les observations faites dans les différents services du centre de santé m'ont permis d'être témoin d'un nombre important d'interactions très variées. J'ai tenté de mettre en lumière les grandes tendances qui sont ressorties :

- construction d'un lien fort, d'un lien de confiance;
- construction d'un lien anonyme, d'indifférence;
- construction d'un lien hostile, de pouvoir.

Néanmoins, j'insiste sur le fait qu'il s'agit de « tendances ». Cela n'implique pas des types de comportement prédéfinis, dans la mesure où une variabilité d'interactions est présente dans cet espace clinique. Cette « typologie » a seulement été mise en place pour faciliter la compréhension du terrain.

1. Construction d'un lien fort, de confiance

Lorsque j'évoque avec les intervenants les rapports qu'ils entretiennent avec les femmes enceintes et les parturientes, la construction du lien thérapeutique est rapportée différemment de l'un à l'autre. Plusieurs répondants développent des liens « forts » qui transcendent leurs tâches et responsabilités professionnelles :

« Non, mais tu sais que ce boulot, il n'y a pas de limites. Parce que quelqu'un vient pour quelque chose et on va plus loin que ça. Y a plus de limites. Tu te trouves un jour conseiller conjugal. Tu peux aussi te trouver un jour psychologue. Parce que souvent elles sont à l'aise. Elles parlent. Je me vois interférer dans leur vie conjugale. Et puis, bon, j'essaye de résoudre au mieux. » (Entrevue 12.)

Ce sont de véritables liens amicaux qui se tissent. « Si la femme est satisfaite, les relations continuent. Et elle vous amène d'autres femmes. Il suffit que les relations soient bonnes et on entretient de bonnes relations. Et ensuite ça devient de l'amitié [rire]. » (Entrevue 14.) Ces professionnels de la santé pratiquent une médecine globale dans laquelle l'état psychologique de la parturiente, mais aussi son environnement familial et la qualité de sa relation conjugale sont pris en compte. « Je faisais la visite, beaucoup de femmes appréciaient. J'ai cherché à savoir quels sont leurs problèmes, qu'est-ce qui ne va pas, qu'est-ce que vous voulez, est-ce que vous savez qu'il faut faire ceci, il faut faire cela. » (Entrevue 13.)

2. Construction d'un lien anonyme, d'indifférence

Selon certains répondants, il n'y a pas véritablement de lien créé dans l'interaction avec la femme enceinte. La communication verbale peut dans certaines circonstances être totalement absente durant la consultation. Cette conduite d'indifférence s'explique selon les répondants par le contexte urbain dans lequel ils travaillent, qui se caractérise par un nombre important de femmes fréquentant la maternité. Le manque de temps serait donc le facteur qui empêcherait les professionnels de la santé de créer un lien avec les femmes :

« Nous ne sommes pas attachés à nos malades. Nous ne sommes pas attachés à nos malades, quand on vient, c'est la routine. On vient, on part, on fait la visite comme ça. On ne se colle pas aux femmes pour savoir quels sont leurs problèmes. On ne cause pas avec les femmes. On ne vit pas avec elles, c'est-à-dire, c'est la routine, aller rentrer voir les bébés, s'ils sont en bonne santé, et tout

examiner la femme sans même parfois lui adresser la parole. Vous voyez. » (Entrevue 13.)

3. Construction d'un lien hostile, de pouvoir et de domination

D'autres encore considèrent que la volonté même de concevoir un lien thérapeutique n'a pas lieu d'être dans leur pratique obstétricale. Le pouvoir conféré par la détention du savoir biomédical et la classe d'âge, qui s'exprime à travers la position sociale et le statut du soignant, est alors prépondérant dans l'interaction et contribue à la modeler.

Une intervenante m'a dit : « Les femmes sont insolentes et ingrates. » Elle ajoute qu'elle n'apprécie plus les relations avec les femmes enceintes et les parturientes.

Pour pouvoir comprendre ces « tendances générales », je propose la présentation de quelques histoires d'accouchement et de consultations prénatales qui illustreront au mieux les interactions correspondantes. Je tenterai par la suite d'analyser les observations à partir de concepts développés par Bourdieu et d'une approche inspirée de la sociologie de l'expérience que j'ai estimés être les outils les plus pertinents pour parvenir à la compréhension des rapports sociaux dans le service d'obstétrique du secteur 15.

a.

L'histoire d'Aissatou

Madame Dia semblait de très mauvaise humeur aujourd'hui. Et elle le faisait ressentir tant à ses collègues de travail qu'aux parturientes. Aissatou, une

jeune fille de 16 ans, primipare, se présente pour l'examen. Une vendeuse itinérante attendue arrive dans la salle de consultation. Madame Dia laisse patienter Aissatou pour pouvoir acheter un boubou. Elle revient sur le terrain et le travail reprend. Madame Dia demande à Aissatou de se déshabiller, mais elle perd rapidement patience et commence à lui crier dessus de manière assez violente. Le diagnostic révèle une exocervicite aiguë, une IST. Durant l'interaction, madame Dia se contente de lui dire qu'il faut qu'elle et son mari se traitent. Une autre jeune fille de 18 ans se présente, primipare également. Même diagnostic. Madame Dia lui prescrit les médicaments sans lui expliquer la nature de son problème ni comment il faut le traiter. Toutes les consultations se sont passées de cette manière, aucune explication n'a été fournie. En tout, une trentaine de femmes sont passées ce jour-là, dont dix femmes malades qui souffraient de paludisme et d'IST. (Observation 7.)

L'histoire d'Aissatou est marquée par un important manque de professionnalisme de la part de la sage-femme qui s'est occupée d'elle. Cette négligence professionnelle s'exprime à travers l'arrêt de la consultation pour pouvoir faire une transaction commerciale (l'achat d'un boubou) et la mauvaise humeur extériorisée ouvertement à l'endroit de ses collègues de travail et des femmes enceintes, mauvaise humeur qui peut conduire à d'éventuelles tensions. La non-explication de l'infection dont souffre la femme et de la posologie des médicaments prescrits démontre aussi cette négligence professionnelle. Je note encore que le travail de sensibilisation pour éviter ce type d'infection n'a pas été fait. Les infections sexuellement transmissibles touchent plus de 90 % des femmes

burkinabées. Ils constituent un véritable fléau et une porte d'entrée privilégiée du VIH. Le travail de sensibilisation est important pour l'amélioration de la santé de ces jeunes femmes.

Madame Dia figure parmi les sages-femmes les plus autoritaires du centre de santé que j'observe, et elle exprime cette autorité de manière assez ostentatoire. Elle incarne réellement le pouvoir que lui confère son statut de sage-femme. Madame Dia adopte ce comportement avec l'ensemble des acteurs présents dans le service. J'ai eu l'occasion de rencontrer madame Dia dans des contextes extérieurs à son lieu de travail, et son caractère autoritaire ne semblait pas changer dans ces contextes différents. Cette sage-femme ne semble pas vouloir développer une relation de confiance avec les femmes enceintes et les parturientes. Elle se contente seulement de faire les examens biomédicaux et les tâches administratives auxquelles elle est assignée.

Aissatou représente le profil d'une majorité de femmes qui viennent consulter. Son âge, son nombre de grossesses, son niveau d'instruction la rendent vulnérable dans cet espace social. Ses ressources sont assez limitées, ce qui conduit à un renforcement de la relation asymétrique avec l'intervenant en santé.

b. L'histoire de Rama

Le 18 juillet 2006, 20 h 30, une jeune fille de 17 ans, mariée depuis un an, excisée, provenant du milieu rural, peu instruite (ne comprenant pas le français), enceinte pour la première fois, se présente à la maternité avec sa belle-mère. Son travail avait commencé depuis quelques heures. La sage-femme l'examine et lui dit qu'elle a seulement un doigt. La jeune fille est allongée sur la table depuis

plusieurs heures sans manifester aucune douleur verbale (aucun cri, aucune parole). Sa souffrance s'exprimait par son silence. L'équipe de nuit était arrivée à 18 heures. Une autre accoucheuse l'examine à nouveau et lui pose des questions, mais la jeune fille épuisée répond à peine. L'accoucheuse la menace et lui dit que son accouchement sera douloureux et désagréable. Elle n'a pas apprécié le fait que la jeune fille ne réponde pas à ces questions. La conversation a lieu dans un mélange de français et de moré (une autre accoucheuse me traduisait la conversation quand je ne comprenais pas).

Après plusieurs heures, les contractions se font de plus en plus rapprochées. On demande à la jeune fille de pousser, mais elle est épuisée, à bout de force. On aperçoit à peine le crâne du nouveau-né. L'accoucheuse la menace et fait des gestes brusques sur le ventre, afin « de stimuler les contractions », me dit-on. L'accoucheuse perd patience et dit à la jeune fille : « Je vais dire à ta belle-mère et à ton mari que tu es paresseuse et que tu vas tuer ton enfant si tu ne pousSES pas! » Entre-temps, son portable sonne. Elle répond, tout en faisant des gestes brusques sur le ventre de la jeune parturiente. À 1 h 30 du matin, Rama donne naissance à un petit garçon de trois kilogrammes. La belle-mère entre dans la salle, s'empare de l'enfant et sort de la salle sans porter aucune attention à sa belle-fille. (Observation 1.)

L'histoire de Rama est assez troublante. La jeune fille a donné naissance dans des conditions difficiles. Les intervenantes qui étaient de garde cette nuit-là sont des accoucheuses « connues » dans le service pour négligence et incompétence relationnelle avec les parturientes. Je pouvais sentir la rigidité et

l'hostilité à différents niveaux, notamment à travers le langage utilisé. Les intervenantes se servaient seulement des formes impératives pour communiquer avec la jeune parturiente. Le ton de la voix et la gestuelle exprimaient également cette rigidité et cette hostilité. L'interaction était inévitablement asymétrique. Les ressources de Rama étaient minimales (première grossesse, adolescence, analphabète) face aux intervenantes en santé. Elle se trouvait dans une situation d'extrême vulnérabilité. L'interaction qui a eu lieu peut être lue de manière pertinente dans la perspective mise de l'avant par Bourdieu et, plus spécifiquement, selon son concept de domination, qui me permet d'y déceler les logiques de pouvoir et les rapports inégalitaires sous-jacents. Le capital dont dispose Rama et sa position dans cet espace social sont très faibles et inégaux par rapport aux autres actrices occupant le même espace.

c. *L'histoire de deux Nigérianes*

Deux femmes entrent dans le bureau²⁴. Il s'agit de deux Nigérianes vivant au Burkina. Ni l'une ni l'autre ne maîtrise le français. L'une des femmes est enceinte depuis six mois. Madame Dia, d'un ton très sec, lui demande son nom. La jeune femme ne comprend pas. Elle commence à paniquer en entendant toutes les femmes autour d'elle hausser la voix. La situation dégénère. Je réalise que les deux femmes sont anglophones. Je me propose donc d'intervenir, de consigner les renseignements nécessaires à l'inscription et d'expliquer à la femme la procédure.

²⁴ Je n'ai réalisé qu'au cours de la conversation que les femmes étaient nigérianes et qu'elles étaient anglophones.

La situation s'apaise. Madame Dia murmure : « Blaise Compaoré fait n'importe quoi », sous-entendant par là qu'il laisse entrer les Nigériens sur le territoire burkinabé. Les consultations continuent. À un moment, je me retrouve avec madame Dia, seule. Je lui demande depuis combien de temps elle pratique cette profession. Elle me répond que cela fait vingt-six ans. Je lui demande si cela lui plaît, elle me répond que non. Je lui demande pourquoi elle a choisi ce métier. Elle m'explique qu'au début elle aimait beaucoup les bébés. C'est pour cela qu'elle a choisi cette profession, mais aujourd'hui elle n'a plus du tout l'amour du métier.

L'histoire des deux Nigérianes est assez comparable aux deux précédentes. La barrière de la langue y a été le facteur déclencheur de cette rigidité dans l'interaction. En plus de la non-maitrise du français ou de la langue locale majoritaire (le moré) par les deux femmes, le fait que celles-ci se retrouvaient dans un environnement qui leur était totalement étranger et leur méconnaissance de l'organisation des soins n'ont pas facilité le bon déroulement de la consultation. La réaction de la sage-femme est intéressante : elle justifie son refus de développer des relations plus communicationnelles avec les femmes, et affirme haut et fort son « pouvoir », en se fondant sur la différence de classe d'âge, son statut de sage-femme et son ancienneté dans le service (vingt-six ans). L'âge est un facteur expliquant la hiérarchisation des groupes sociaux au Burkina Faso. Il est pris en considération à ce titre dans un nombre incalculable d'interactions. C'est un facteur prépondérant pour marquer une différence sociale entre acteurs.

Les scènes relatées donnent un aperçu de la multitude des facteurs qui contribuent au façonnement de l'interaction. La barrière de la langue, l'âge et le nombre de grossesses, notamment, ont une influence non négligeable sur la construction de l'interaction avec l'agent de santé. Si j'observe ces interactions sous la loupe du sociologue Bourdieu, je peux noter que les rapports sociaux sont empreints d'inégalités et que le capital de chaque individu lui confère des ressources lui permettant de se positionner dans un espace social donné. Néanmoins, homogénéiser l'ensemble des comportements des intervenants en santé serait un leurre dans mon analyse, car le terrain m'a permis de m'apercevoir que le comportement des professionnels de la santé n'est pas généralisable. Il y a certes des acteurs au sein du milieu clinique qui renforcent l'asymétrie dans leurs relations avec les femmes enceintes et les parturientes. Mais d'autres, conscients qu'il existe déjà un écart, tentent malgré tout de contrebalancer la relation. Comme je le montrerai plus loin, ce sont véritablement leurs compétences humaines et sociales qui viennent rééquilibrer une relation d'ores et déjà asymétrique. Les théories de Bourdieu ont vraisemblablement éclairé les raisons qui expliquent l'asymétrie dans les rapports sociaux. Cependant, je voulais dépasser ces approches pour pouvoir réellement saisir l'essence même des rapports sociaux entre les femmes. C'est à partir d'une sociologie de l'expérience que j'ai pu comprendre le sens que donnent les acteurs à leurs actions. Les trois prochaines histoires s'inscrivent à l'encontre des précédentes. Elles viennent valider l'impossibilité d'homogénéiser les comportements des soignants à l'égard des soignés et montrer l'importance des dimensions relationnelles et humaines à

prendre en considération afin de comprendre ces rapports sociaux en milieu obstétrical.

d. *Une garde avec madame Touré*

Je me rends à la maternité vers 17 h 30. La garde commence à 18 h. Madame Touré arrive vers 18 h 10. L'accoucheuse qui doit prendre la garde avec elle arrive à son tour vers 18 h 15. Une première femme s'est présentée avec un travail déjà avancé. Madame Touré lui fait un examen. La jeune femme lui dit : « Hé, Tanti, est-ce que ça va faire mal, l'injection? » La sage-femme lui répond : « Non, ma chérie, ça va aller, c'est juste un produit pour faire accélérer le travail pour que tu puisses accoucher. » La parturiente en question accouche, une heure après l'injection, d'un petit garçon.

Un homme m'aperçoit sortir de la salle d'accouchement. Il m'interpelle en expliquant qu'il a amené sa femme qui souffre d'une fièvre et il me tend un produit qu'on lui avait prescrit le matin. Madame Touré me demande de faire entrer la femme rapidement dans la salle. Elle l'examine. Il s'agit d'une jeune femme primipare qui maîtrise très bien le français. La sage-femme lui explique qu'elle souffre d'une crise de paludisme. Elle lui propose deux solutions : un traitement par injection ou une perfusion, en lui expliquant clairement les avantages et inconvénients des deux propositions. La jeune femme lui demande quelle est le meilleur choix pour le bien-être de l'enfant. Madame Touré lui explique qu'il n'y a pas réellement de problèmes avec la grossesse, mais qu'il faut choisir le traitement qui lui convient le mieux. La femme lui demande si elle peut

d'abord consulter son conjoint. Madame Touré lui répond : « Il n'y a pas de problème. » La jeune femme quitte la salle et revient.

Madame Touré lui demande quelle est la réponse du conjoint. La jeune femme demande quelle solution est la plus efficace. La sage-femme répond qu'elle doit prendre celle qu'elle souhaite. Durant l'échange, madame Touré remarque que la femme est frileuse. Elle lui demande si elle veut qu'on arrête la climatisation. Son interlocutrice sourit et lui dit qu'elle ne souhaite pas mettre les autres mal à l'aise. Le conjoint de cette femme semble très inquiet. Plusieurs jeunes femmes enceintes se succèdent pour un examen ou une consultation d'urgence. Une jeune femme en train d'accoucher se met à pleurer. La douleur semble insupportable. La sage-femme me dit que les douleurs de l'accouchement sont incomparables à toutes autres douleurs. Seules les femmes qui donnent naissance peuvent réellement parler de cette souffrance. « C'est une douleur qui n'a pas d'égale », me dit-elle.

Une très jeune femme enceinte entre dans la salle. Elle saigne énormément. Madame Touré demande à l'accoucheuse de l'examiner rapidement. Il s'agit d'un avortement spontané. Elle a besoin d'un curetage. Après l'avoir examinée, madame Touré m'informe que cette fille a été donnée par son père en mariage. Elle en déduit que le partenaire aurait rendu service à son père, et le père, en guise de remerciement, lui aurait donné sa fille. Elle m'explique que c'est une pratique assez courante en Afrique.

Une autre femme entre pour une consultation. Madame Touré lui fait une prescription et une injection, et lui demande d'aller faire une échographie. Après que la femme est sortie, madame Touré m'explique que cette femme a été battue

par son mari un peu plus tôt dans la soirée. Et elle est venue pour voir s'il n'y a pas eu de séquelles sur sa grossesse.

Vers une heure du matin, un autre petit garçon, de deux kilos 500 grammes, vient au monde. Une autre femme accouche en même temps.

Le conjoint de la femme souffrant de paludisme remercie l'équipe soignante du chaleureux accueil. Il a l'air assez surpris de l'humanité de madame Touré. Il me fait part de sa pleine satisfaction du travail du personnel. J'en profite pour échanger un peu avec lui et sa conjointe concernant leur opinion à l'égard de la qualité des soins. Ils m'expliquent qu'ils n'aiment pas trop fréquenter les services de santé parce qu'ils ont entendu beaucoup de choses négatives sur le personnel soignant. Ils s'aperçoivent qu'il s'agit en bonne partie de rumeurs. La conjointe semble très satisfaite du travail de madame Touré, et elle me dit qu'elle aimerait venir accoucher ici. D'une extrême gentillesse, cette femme et cet homme avaient besoin de parler un peu. Ils se mettent à me parler de leur vie, du bonheur qu'ils ressentent dans l'attente du bébé, de la manière dont ils se sont rencontrés. Bref, ils me partagent une partie de leur vie ce soir-là. Le conjoint me fait part de sa frustration de ne pas pouvoir assister à l'accouchement.

Une jeune parturiente arrive vers 2 h 30 du matin, elle accouche de jumeaux vers 3 heures. Son travail est très rapide, car elle était déjà en dilatation complète à son arrivée. La garde s'achève vers 6 h 30. Je quitte la maternité.

L'utilisation de termes affectueux (« ma chérie ») pendant la garde témoigne d'une volonté de rendre l'échange beaucoup plus amical et chaleureux. Les qualités humaines s'expriment à travers la douceur des gestes (prendre la

main, toucher le front de la parturiente en plein travail²⁵) et l'engagement du dialogue pour rassurer les parturientes dans un moment d'extrême vulnérabilité. La volonté de mettre les femmes dans une situation confortable (l'arrêt de la climatisation) témoigne que cette professionnelle de la santé développe une approche holistique à l'égard des femmes enceintes et les considère dans toutes leurs dimensions. En outre, laisser à la femme la liberté de participer à la prise de décision dans son traitement démontre la volonté de laisser une certaine autonomie aux femmes dans les prises de décisions concernant leur santé. La femme enceinte accompagnée de son conjoint a été amplement satisfaite du rapport qu'elle a entretenu avec madame Touré tout au long de son parcours dans le centre médical. Elle a été touchée par les qualités relationnelles et humaines de cette sage-femme, au point qu'elle songe à venir accoucher dans cette maternité qui n'est pas dans son secteur. L'injection l'a amenée à rester dans le centre médical pendant plus de quatre heures. Madame Touré l'a installée sur un lit dans la suite de couches et est allée lui rendre visite toutes les heures pour surveiller son état. La sage-femme possède des qualités humaines telles que l'empathie et la compassion qui lui permettent de s'investir davantage dans son rôle d'assistance. Toutes les femmes qui étaient venues ce soir-là au centre de santé semblaient très ouvertes à la conversation avec la sage-femme. Elles n'ont pas hésité à parler de leurs histoires de vie personnelles avec cette intervenante qui était à leur écoute.

²⁵ Les éléments mentionnés figurent dans la première observation, à la page x intitulée : *Une journée à la maternité du secteur 15, Ouagadougou, Burkina Faso.*

e.

Une garde avec madame Diop

J'ai décidé de prendre une garde ce soir-là parce que je tenais à connaître un peu plus Madame Diop, que je trouve d'une extrême gentillesse. Je savais qu'elle était de garde ce soir-là. Je suis arrivée vers 18 h. J'ai eu le temps de réaliser une entrevue avec une femme juste avant la garde. L'équipe de nuit était composée de madame Diop et de madame Faye, une accoucheuse possédant une dizaine d'années d'expérience.

Lors de l'arrivée de l'équipe de nuit, il y avait déjà deux femmes en travail. La nuit a été très longue et épuisante. Il y a eu au total cinq accouchements, dont deux qui ont eu lieu en même temps. Et une femme a accouché d'un bébé en siège. Une des femmes a perdu connaissance après l'accouchement parce qu'elle a perdu beaucoup de sang. La collaboration entre l'accoucheuse et la sage-femme a été assez positive. Les deux femmes ont réalisé un bon travail d'équipe, à tel point qu'on ne savait plus qui était la sage femme et qui était l'accoucheuse.

Madame Diop a fait deux accouchements et madame Faye a fait les trois autres, dont le bébé en siège. Elles échangeaient en permanence leur poste. L'équipe soignante tenait les familles au courant de l'évolution du travail des parturientes. Après chaque accouchement, madame Diop rendait visite aux femmes. Elle a surveillé de près leur état toute la nuit, jusqu'à ce que l'équipe de jour soit arrivée.

J'ai réalisé au cours de cette garde un toucher vaginal. Madame Diop m'a enseigné énormément de choses. Cette garde a été extrêmement riche sur le plan

humain. Une femme s'est présentée très tôt dans la matinée. Elle avait accouché quelques mois auparavant. Elle souffrait d'une crise de paludisme. Madame Diop lui a rapidement fait une perfusion. L'équipe soignante semblait très compatissante et empathique envers cette femme. Et madame Diop m'a dit : « La situation doit être très difficile. Une fois que tu accouches et que tu tombes malade, tu te sens très faible. Tu ne peux même pas allaiter ton enfant. C'est dur, quoi. » « La femme africaine souffre beaucoup », me dit-elle.

J'ai profité du début de la matinée pour poser quelques questions d'ordre technique à madame Diop. Je lui ai demandé pourquoi certains bébés sont couverts d'une texture blanche lorsqu'ils naissent. Elle m'explique qu'il s'agit du vernis qui se dépose sur le corps de l'enfant pour le protéger lorsque la grossesse est à terme et que le placenta ne joue plus son rôle.

Madame Diop me fait également part d'une croyance culturelle assez répandue au Burkina. Lorsqu'un enfant naît et qu'il a un surplus de ce vernis, cela signifie que la femme aurait eu beaucoup de rapports sexuels durant sa grossesse et que le sperme se serait propagé sur tout le corps de l'enfant. Les belles-mères et les mères grondent généralement ces femmes-là! Je quitte la maternité vers 7 heures.

Madame Diop est l'une des sages-femmes les plus philanthropes du service. Son expérience de travail en milieu rural (neuf ans) l'a profondément marquée. Elle s'est engagée à améliorer les conditions des femmes du village dans lequel elle a été transférée. Lorsqu'elle est revenue à la ville, elle s'est engagée à adopter le même comportement avec les femmes de ce milieu urbain. Elle

semblait très affectée par les femmes qui vivaient des situations difficiles à la maternité.

Contrairement à ce que les répondants mentionnent dans les entrevues concernant leur travail en équipe, j'ai pu observer, particulièrement dans le cas de madame Diop et madame Faye, une bonne collaboration et une bonne complémentarité entre la sage-femme et l'accoucheuse.

En assistant à ces gardes, j'ai été tout de suite frappée par la différence des comportements des soignants par rapport aux précédentes observations. Ces professionnels de la santé sont confrontés au quotidien à des situations émotionnellement difficiles à gérer (femmes battues, maladies, souffrance, avortements, accouchements difficiles). Malgré cela, ils tentent d'offrir aux femmes enceintes et aux parturientes une qualité relationnelle satisfaisante en mettant de l'avant leurs compétences humaines et sociales. Le caractère rassurant du maïeuticien face à la femme enceinte qui a peur de perdre encore un enfant²⁶ démontre cette importance de la communication avec les femmes enceintes durant les échanges. Ces scènes témoignent encore une fois de l'impossibilité de généraliser les comportements des soignants. Je ne pouvais guère passer outre à ce travail effectué avec tant d'humanité. À travers ces bribes de notes de terrain, je retrouve des qualités et des compétences que j'avais mentionnées précédemment, comme la nécessité d'engager le dialogue, l'accueil, mais aussi les prédispositions comme l'empathie, la patience, la compassion, la chaleur humaine. Tous ces éléments viennent rééquilibrer l'asymétrie présente dans les rapports entre la

²⁶ Voir la description de ma première journée à la maternité, à la page x

femme enceinte et l'intervenant en santé. D'ailleurs, les propos du maïeuticien²⁷ témoignent de cette asymétrie bien établie dans les rapports soignants-soignés. Le maïeuticien développe auprès de ses parturientes une médecine paternaliste : « Je vais te soigner. [...] Si tu m'expliques ton problème, je ferai mon possible pour t'aider. » Cette asymétrie s'explique par le dualisme du savoir et de « l'ignorance » et la dialectique pouvoir/savoir. Le médecin possède le savoir, ce qui lui confère le pouvoir de guérison, le soigné est « l'ignorant » qui dépend du médecin pour alléger ses souffrances. Monsieur Ouerdraogo occupe une place particulière au sein de la maternité. C'est le seul membre masculin de toute la maternité. Il occupe le même statut que la sage-femme. Ils ont les mêmes tâches et responsabilités au sein de la maternité. Il possède en plus une expérience en sciences infirmières en milieu rural qu'il a acquise avant de passer le concours des maïeuticiens d'État. Il a derrière lui une dizaine d'années d'expérience dans le domaine. Au centre de santé, il occupe le poste de responsable du service de la maternité. Dans cet espace social, il a une position de « dominant » qu'il doit à son genre et à son expérience. Lorsque je l'ai observé durant ses gardes de nuit et ses quarts, il endossait aisément une position de « leader » sans que cela fasse émerger des tensions avec les autres actrices de la maternité. J'aperçois rapidement combien les rapports de genre interviennent tacitement dans ces rapports sociaux dans le milieu obstétrical.

En outre, ces notes de terrain illustrent tous les éléments que j'ai soulevés dans les précédents chapitres. La consultation du conjoint dans le choix du traitement durant la garde de madame Touré montre encore une fois que la

²⁷ Voir la description de ma première journée à la maternité, à la page x

maternité est un évènement social et collectif et que le partenaire joue un rôle important dans les prises de décision relatives à la santé de la femme enceinte.

Supporter la douleur dans le silence et la patience permet à une femme d'être valorisée. L'expression qu'utilise le maïeuticien lors de l'accouchement qu'il effectue (« cette femme vaut neuf ») montre combien une telle femme est valorisée et occupe une position sociale meilleure qu'une femme qui accouche en exprimant haut et fort ses douleurs. L'expression mentionnée signifie que, sur une échelle de dix, la parturiente possède neuf points, ce qui est le maximum²⁸. Et enfin, la perception négative des services publics est bien présente dans la garde de madame Touré avec le couple qui semblait assez réticent à l'idée de devoir fréquenter un service public de maternité.

Ce chapitre avait pour objectif de mettre en lumière toute la complexité des rapports humains dans ce service obstétrique où se mêlent des dimensions émotionnelles intenses inhérentes à des évènements sociaux d'une grande importance et où se nouent des relations sociales fortes. La description de situations d'accouchement et de consultations prénatales tantôt en défaveur des femmes et tantôt en faveur de ces dernières témoigne de l'impossibilité d'homogénéiser les comportements des soignants à l'égard des soignés. Encore une fois, les qualités relationnelles et humaines sont d'une importance incommensurable dans la pratique obstétricale. Le chapitre suivant décrit l'expérience de l'interaction des femmes enceintes avec l'équipe soignante.

²⁸ Au Burkina, on considère que, dans une échelle de un à dix, le chiffre dix n'est atteint par personne.

Chapitre VI : L'expérience de l'interaction avec l'équipe soignante

« L'humanité elle-même est une dignité »

KANT, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, 1796

I. Une expérience positive

Contrairement à ce qu'indique la littérature, toutes les répondantes de mon étude ont manifesté un important enthousiasme quant à leur expérience de suivi de grossesse et d'accouchement en maternité publique (Diarra 2003, Grossmann-Kendall and Flippi 2001, Jaffré and De Sardan 2003, Moussa 2003). Elles mettaient toutes de l'avant la chaleur humaine et les qualités sociales des agents de santé dans leur accompagnement dans ce rite de passage. Toutes les femmes accordent une importance capitale à la relation de confiance qu'elles vont pouvoir construire avec l'agent de santé qui va participer au processus et qui va devenir peu à peu une figure clé dans ce rite de passage. À ma grande surprise, aucune d'elle n'a évoqué les conditions matérielles difficiles lors de l'accouchement. L'omission de cet aspect dans leurs discours implique que ce n'est pas un critère important pour évaluer la qualité des soins qui leur sont offerts. Pour elles, le plus important est la bonne relation avec l'intervenant dans l'ensemble du processus. Les qualités mises de l'avant par les femmes sont l'amabilité, la gentillesse, le bon accueil, les encouragements, autrement dit les qualités humaines des agents de santé. Ce sont avant tout ces qualités qui sont privilégiées par les femmes dans leur processus d'interaction avec les professionnels de la santé :

« Elles m'ont cajolée, c'est-à-dire qu'elles m'ont flattée, quoi. Elles m'ont dit : "Non ça va. Ça ne va pas faire mal. Ça va aller. Du courage!" [Rire.] » (Entrevue 7.) « Elles encouragent les femmes. » (Entrevue 6.) « Il y a des sages-femmes qui sont compréhensives. » (Entrevue 3.) « Y en a qui sont vraiment sociables, qui essayent de vous comprendre, qui vous prennent en charge, qui se donnent. » (Entrevue 4.) « Je n'ai pas eu de problème en tant que tel. Les femmes étaient vraiment correctes, sympas. Elles comprennent les femmes. » (Entrevue 2.)

II. Les compétences relationnelles et les qualités

humaines : les clés de la réussite pour le bon

déroulement d'une interaction.

J'ai porté une attention particulière aux qualités et compétences que les intervenants ont mentionnées et qui visent à garantir le bon déroulement d'une consultation ou d'un accouchement. J'ai regroupé ces qualités dans des thématiques plus larges. Il a été surprenant de voir que les compétences mentionnées par les intervenants ne font aucunement référence à l'aspect curatif de leur relation thérapeutique avec les femmes enceintes ou les parturientes. Le soulagement des douleurs se fait dans une approche holistique, globalisante, dans laquelle les compétences humaines et relationnelles sont prépondérantes pour apaiser les souffrances des femmes. Les thématiques relevées sont les suivantes :

- l'importance de l'accueil;
- la nécessité d'engager le dialogue;
- l'effort de compréhension : l'assistance dans la douleur, l'empathie;
- la communication : le travail de sensibilisation, de prévention;
- éthique et souci de responsabilisation.

1. L'importance de l'accueil

L'accueil est considéré comme un critère important dans l'amélioration de la qualité des soins. La littérature et les documents officiels du gouvernement consultés affirment que les intervenants en santé ne prêtent aucunement attention à cet élément (Jaffré and De Sardan 2003, Ministère 2000, Nikiéma-Heinmüller and Borchert 1998, santé 2001). Mon étude de terrain a exposé des données contraires. Les intervenants interviewés accordent une importance à l'accueil des femmes dans le centre de santé.

« L'accueil, c'est le tout. Une fois que tu n'as pas bien accueilli le malade, là, un malade bien accueilli est guéri avant même d'être consulté, mais si tu l'accueilles mal, il a déjà une vision de ta personne, une vision de l'air sanitaire, une vision de la qualité du personnel de la santé. Donc, une fois que le malade est bien accueilli, il est déjà guéri, et ensuite, avec ta consultation, il n'y a pas de problème. Un malade bien accueilli, il dit : "dans ce centre médical, il y a un tel qui accueille bien." Ça fait que ça fait promouvoir quand même l'air sanitaire, la fréquentation. Parce qu'une fois que l'accueil n'est pas de rigueur, l'accessibilité n'est pas bien, quoi, les gens fuient pour aller ailleurs dans des centres où on accueille bien, où on s'occupe bien d'eux. C'est surtout ça. » (Entrevue 5.)

« Dans la consultation, il y a quelque chose de très important, quand même, c'est l'accueil. Si tu accueilles bien une patiente, tu l'amènes à exprimer ce qu'elle attend de toi. Ça, c'est un grand pas. » (Entrevue 16.) « Parce que souvent elles sont à l'aise. Elles parlent. Ça dépend de comment on les accueille. Parce que la personne peut venir pour maux de tête, tu vas te rendre compte que c'est un problème psychologique. Ou c'est un problème de foyer alors. » (Entrevue 12.)

« Quand je vois une femme, je sais comment l'aborder. Ça même avant de commencer le boulot. J'ai un contact très facile. D'abord, quand j'arrive, je détends l'atmosphère parce que le matin, quand je viens, déjà le matin, je viens en retard, elles sont en attente. Y en a qui viennent à 6 h, d'autres viennent à 7 h, et je me fais une idée de leur tempérament. Je sais ce qu'elles attendent de nous. Elles viennent pour être satisfaites. Déjà elles sont assises, y a personne qui s'occupe d'elles. Quand j'arrive, je gare ma moto et je les salue gentiment. Je plaisante un peu et puis je continue. J'arrive, l'atmosphère est détendue. Et chacune qui est assise veut me voir moi, veut me voir qui suis venue en retard. C'est moi qu'on veut voir. Je m'attends à ces réactions-là. Et je les reçois gentiment. Donc je n'ai pas ce problème de contact. » (Entrevue 12.)

2. La nécessité d'engager le dialogue

Durant mon séjour au centre de santé, j'ai réalisé que la plupart des femmes qui fréquentent le centre, notamment les plus jeunes, sont très réservées lors des consultations. Elles n'engagent pas la conversation facilement avec l'intervenant. Elles se contentent simplement de répondre aux différentes questions qui leur sont posées. Cette réserve peut s'expliquer par la timidité de devoir parler de problèmes de santé en lien avec la sexualité. La sexualité est un domaine réglementé par la société, régi par des normes et des valeurs strictes; elle continue à être un sujet très tabou. Dans la perspective véhiculée, le but premier des relations sexuelles est la procréation, la fondation d'une famille qui permet la continuité du lignage. Par conséquent, l'imaginaire qui se crée autour de l'Afrique, une Afrique qu'on croit extravertie, très ouverte sur le plan sexuel, est un leurre (Heald 1995). D'après la littérature, la sexualité doit nécessairement être mise en lien avec le mariage, la notion de respect, les pratiques religieuses et les valeurs sociales (Bibeau and Biaya 1998). Foucault renforce l'idée du tabou entourant la sexualité dans un grand nombre de sociétés :

« L'acte sexuel est partout soustrait aux regards indiscrets, il est interdit de parler des faits sexuels ainsi que tout ce qui s'y rattache. [...] Les phénomènes physiologiques de la sexualité surtout ce qui concerne la femme telle que la menstruation, la grossesse et l'accouchement sont considérés comme des sujets impurs. [...] Un sentiment de pudeur existe à l'égard de tout ce qui s'y rapporte. » (Foucault 1976)

D'ailleurs, lors de la collecte de données, et notamment dans les observations à la maternité, la sexualité apparaissait comme un sujet intangible. Je

ressentais comme une pudeur de la part des femmes durant les consultations, tant sur le plan de la communication verbale concernant ce sujet qu'au moment des examens corporels. Les femmes semblaient très embarrassées de se déshabiller et de se laisser toucher les parties intimes. « On a constaté que vraiment la sexualité est un sujet très tabou. Les parents ne parlent pas. Ils n'éduquent pas leurs enfants sur le plan sexuel quand même. Donc, c'est avec les copines, avec les médias, mais pas avec les parents. » (Entrevue 16.)

C'est l'une des raisons qui poussent les intervenants à affirmer qu'engager la conversation avec les femmes fait partie de leurs tâches professionnelles et constitue un élément important dans l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux.

« En général, les femmes qui consultent pour désir de grossesse, à l'arrivée, elles ne te diront jamais pour désir de grossesse. Elles consultent toujours pour douleurs abdominales. Donc quand elles te disent ça, c'est à toi de comprendre qu'avec l'expérience, tu comprends que c'est un désir de maternité. Si tu poses certaines questions. » (Entrevue 16.) « Souvent les femmes viennent, elles ont des malaises. À force de percer, de causer, tu te rends compte que le mari ne leur satisfait pas, soit l'environnement. » (Entrevue 12.)

3. L'effort de compréhension : l'assistance dans la douleur, l'empathie

L'étude de terrain a révélé que les prédispositions telles que la compassion et l'empathie font partie intégrante de la pratique médicale des professionnels de la santé. Pour eux, assister la parturiente dans la douleur est le rôle clé qu'ils peuvent jouer pour apaiser et accompagner cette femme dans le processus

d'accouchement. « Les femmes qui viennent accoucher, on essaye de les assister, on communique avec celles qui ne comprennent pas, [...] surtout quand elles ne veulent pas pousser. On les aide, on parle, on communique. » (Entrevue 19.)

« C'est-à-dire, moi, j'essaie de faire comprendre à la femme que je suis là pour elle. Je prends tout mon temps et je suis patiente. C'est d'être... En tout cas, c'est essayer d'être moins en colère avec elle même si elle déconne, parce qu'il faut se dire que cette femme-là, si tu as déjà accouché, tu sais que c'est un moment difficile. Donc il faut comprendre que cette femme ne fait pas ça volontairement. Ça dépend des degrés, des choses, de la douleur. Parfois, on le fait inconsciemment. » (Entrevue 13.)

4. La communication : le travail de sensibilisation, de prévention

Au Burkina, l'état de santé des femmes est très préoccupant pour la santé publique. Le taux de mortalité maternelle est encore assez élevé. La prévalence du VIH/sida est inquiétante. Les femmes, notamment les plus jeunes, sont de plus en plus touchées. Les infections sexuellement transmissibles sont quotidiennement détectées dans une portion importante de la population. Les professionnels de la santé sont conscients de tous ces fléaux. Les intervenants qui m'ont accordé une entrevue m'ont tous mentionné les problèmes de santé que je viens de citer. Pour eux, le travail de sensibilisation demeure la clé de réussite pour pouvoir améliorer la santé des femmes. Lorsque je leur ai demandé quelles seraient les solutions qui contribueraient véritablement à apporter des changements, ils m'ont tous répondu que la sensibilisation des femmes doit avoir lieu dans un premier temps, puis, dans un second temps, celle des hommes. Des séances de formation sont offertes aux professionnels de la santé dans le cadre d'un programme de sensibilisation. Certains des intervenants m'ont mentionné qu'ils y participaient activement :

« Les filles, quand elles viennent, on les sensibilise. Même dans les écoles. On leur dit : “Soit vous prenez la pilule ou bien vous portez la capote.” Et avec le sida, c’est la capote qu’on sensibilise plus sur ça, quoi. » (Entrevue 14.) « Et en même temps, je donne des conseils. Au cours de la consultation, on essaye de causer avec les femmes pour voir ce qui ne va pas. » (Entrevue 12.)

5. Éthique et souci de responsabilisation

La littérature qui s’intéresse aux fonctionnaires des services publics de santé affirme qu’ils ne font preuve d’aucune éthique de travail et que leur intérêt premier est d’assujettir les usagers et de leur soutirer leur argent (Blundo and De Sardan 2001, De Sardan 2001). En prêtant moi-même l’oreille aux propos que m’ont confiés les intervenants, j’ai relevé un grand sens de responsabilité éthique à l’égard des femmes qui les consultent. Ils ne manifestent pas ouvertement leur inquiétude face à un accouchement difficile pour ne pas perturber la parturiente, mais cette inquiétude, cette angoisse de commettre une erreur professionnelle est bien présente dans leurs esprits. Plusieurs de mes répondants dans le groupe des intervenants m’ont parlé de situations dans lesquelles ils se trouvaient impuissants, désespérés, de situations qu’ils qualifient d’« échecs » ou d’« erreurs » qu’ils ont pu commettre et qui hantent leurs esprits jusqu’à présent :

« Elles ne savent pas que si à chaque garde que tu fais tu enregistres des mort-nés, tu n’es pas content. Comment tu peux être un agent toi-même et à chaque garde que tu fais quand on regarde le registre et tu as enregistré que des mort-nés... En tout cas, ce n’est pas pardonnable. Il faut éviter ça pour qu’à tes gardes il n’y ait pas de décès maternels Ce n’est pas bon pour nous, toi-même ta conscience te trompe.

« Et les femmes, là, ne savent pas. Elles pensent que tu es le bon Dieu, tu peux les sauver. Non, y a d’autres, y a des trucs, là, tu ne peux rien faire. On va te dire : “Je compte sur toi que l’accouchement se déroule correctement.” C’est toi-même, tu ne sais pas si ça va se passer correctement. Il faut attendre, et on va prier pour que ça se passe correctement. Et quand ça se passe correctement, tu es plus contente qu’elles, mais elles ne s’en rendent pas compte. » (Entrevue 15.)

« Le médecin de garde m'a demandé de préparer la femme, la nettoyer, la sonder pour l'amener au bloc. On l'a opérée. Elle est décédée. Elle a eu des jumeaux qui sont nés et la femme est restée sur la table. Et elle est décédée. Ça vraiment... C'était le 31 décembre 2000. Je ne peux pas oublier ça. Donc ça m'a beaucoup marquée. » (Entrevue 17.)

Les propos témoignent de l'inquiétude des agents de santé durant les accouchements. L'accouchement est le moment le plus redouté, autant pour les sages-femmes que pour les parturientes elle mêmes, puisque les actrices des deux groupes sont conscientes du danger et de l'imprévisibilité de cet événement qui conduit la femme dans une situation d'extrême vulnérabilité. Tous sont également conscients des moyens matériels limités dont ils disposent en cas de situation difficile. Les données recueillies témoignent du sens de responsabilité des intervenants dans leurs tâches professionnelles.

L'évocation dans l'entrevue 7 du décès d'une femme montre la sensibilité émotionnelle de ces professionnels de la santé dans des situations de décès de la mère ou de l'enfant. Dans l'ensemble des entrevues avec les intervenants en santé, ceux-ci mentionnent la mort de femmes ou la mort d'enfants comme des expériences marquantes dans leur carrière.

L'extrait d'entrevue qui suit relate une telle histoire qui a marqué la trajectoire professionnelle d'une sage-femme. Sa patiente a perdu son enfant au cours de la grossesse et l'a accusée d'incompétence :

« J'ai une dame que je suivais. Une dame lettrée. Elle était enceinte. Je l'ai suivie. Ça m'a marquée. Ça m'a beaucoup marquée bien que je ne sois pas responsable, mais ce sont des choses qui m'ont amenée à réfléchir. Elle venait en consultation normalement. Elle est venue me dire que voilà elle ne sent pas l'enfant bouger. Et je lui ai donné une échographie à faire. Et j'ai écouté, mais je n'ai pas réellement entendu l'enfant. Je lui ai dit : "Tu vas faire une échographie et tu reviens." Elle a pris le papier. Elle est allée rester avec ça à la maison.

« Et le lendemain elle est partie faire l'écho, et le docteur lui a fait savoir que l'enfant est décédé le jour où elle est venue me voir. Et elle m'a accusée. Bon, le docteur m'a appelée pour me dire : "Vraiment, la femme que tu m'as envoyée n'est pas bien. L'enfant est mort depuis hier." Et maintenant, même le docteur lui a fait des remarques parce que le bulletin datait de la veille. Il lui a dit : "Mais pourquoi on t'a remis un bulletin pour que tu fasses une écho et tu n'as pas fait le même jour?" Elle a dit que non, elle s'est sentie bien. Et elle a laissé pour faire le lendemain. Et le docteur lui a dit : "Mais l'enfant est mort. Il est décédé depuis hier." Elle n'était pas contente. Quand elle est venue, elle m'a dit : "Il fallait que tu m'écoutes et que tu saches que l'enfant ne vit plus, que l'enfant est décédé depuis hier. Ça veut dire que tu as donné le bulletin, mais l'enfant était déjà mort. Tu ne l'as pas su." Mais, quand même, je n'ai pas tenu compte de la remarque. J'ai tenu à ce qu'elle-même vive. Je lui ai donné un rendez-vous le lendemain parce que c'était dans la soirée et on ne pouvait pas faire grand-chose. Je lui ai donné rendez-vous le lendemain à l'hôpital. Et j'ai trouvé qu'elle avait déjà expulsé l'enfant mort.

« Et là, quand elle a expulsé l'enfant, les collègues ont dit : "Ouh là! Ça fait trois jours que l'enfant est mort dedans." Donc tout ça, là, elle a dit que je ne me suis pas occupée d'elle. Ça m'a fait mal pour la perte de l'enfant. Ça m'a fait mal pour son moral. D'un côté, je me dis que j'ai peut être mal fait mon travail. Et je n'étais pas contente. Vraiment, ça m'a marquée. Ce n'est pas le fait qu'elle me reprochait quelque chose. Mais moi, je me reprochais quelque chose. C'est là que j'ai trouvé que j'ai un peu échoué dans ce que je sais. Mais quand j'ai été voir mon médecin, il m'a dit que je n'ai rien fait de mal. Donc il ne faut pas que je me reproche quelque chose.

« C'est des choses qui peuvent arriver. J'ai fait quand même ce qu'il fallait, mais seulement ça devait arriver. Mais moi-même, je n'étais pas contente vu la perte de ce bébé. Je n'étais pas contente. Donc c'est ça qui m'a un peu marquée. Depuis lors j'ai pris soin d'encore mieux faire, bien que ce n'était pas de ma faute. J'essaye de me corriger dorénavant. Mais c'est la vie d'un être humain, et c'est dur. Et ça, là, ça m'a beaucoup marquée dans ma carrière. Ça m'a beaucoup marquée. C'est tout. » (Entrevue 12.)

L'évènement tragique de la perte de l'enfant a totalement remis en question le professionnalisme de la sage-femme. Elle s'est sentie énormément responsable de la mort de l'enfant. Le sens de responsabilité et l'éthique dans le travail sont présents chez ces intervenants.

III. Les facteurs individuels et personnels au cœur de l'interaction

En plus de ces qualités humaines, les prédispositions des protagonistes interfèrent dans l'interaction. Les répondantes nomment ces prédispositions « le tempérament ». Le tempérament me semble participer au processus interactionnel. Les relations sociales de la vie quotidienne et celles qui existent en milieu clinique sont dès lors les mêmes. Autrement dit, les agents de santé n'établissent pas de différence entre leurs rapports aux autres en général et leurs rapports avec les femmes sur les lieux de travail :

« Et tout ce que je fais pour satisfaire les femmes... Même si de temps en temps il y a des accrochages. Mais ça, un être humain, c'est humain ». (Entrevue 15.) « Une fois que tu sors de l'école de sage-femme, à moins que ce soit ton propre caractère, tu es très patiente envers les femmes. » (Entrevue 13.)

« Mais vous savez, en général, dans la vie, c'est comme ça. Même nous, les femmes, on dit qu'elles sont comme ça. [...] On ne peut pas être satisfaite tout le temps. Donc l'être humain, c'est comme ça. On a des hauts et des bas. C'est normal. » (Entrevue 19.)

« Les relations sont comme ça. Les relations même en ville. C'est difficile de cohabiter avec les différents caractères des gens [...]; l'éducation et la manière de voir est différente. Donc, il faut accepter tout le monde tel. On est là pour quelque chose. » (Entrevue 12.)

« Ça dépend de l'humeur de tout un chacun, l'humeur de chaque femme et de chaque agent. Par exemple, si une femme t'énervé et l'agent fait la même chose. Et alors, tu es obligé de crier. Même si après... le plus souvent après l'accouchement elles nous demandent pardon parce qu'elles savent que ce qu'elles ont fait ce n'est pas ça, parce qu'elles reconnaissent leur erreur. Et elles nous demandent pardon après ou elles vont te dire : "parce que la douleur, je ne me suis pas maîtrisée." Même si tu as la douleur, on t'explique. Il faut essayer de comprendre parce que nous toutes on a accouché, on sait ce que c'est. Si on te dit de ne pas faire, là, ce n'est pas parce qu'on veut te punir, c'est pour ton bien, pour que l'accouchement se passe correctement, que tu as ton enfant vivant, parce

qu'elles ne savent pas que si à chaque garde que tu fais tu enregistres des mort-nés, tu n'es pas content. » (Entrevue 1.)

Comme je viens de le mentionner, le tempérament d'un acteur a une influence considérable dans la pratique obstétricale. Ce facteur permet aux femmes enceintes d'« évaluer » la qualité des soins. C'est également ainsi qu'elles voient avec quel intervenant elles vont pouvoir construire un lien de confiance plus personnalisé pour l'accompagnement jusqu'à la naissance de l'enfant. Pour les intervenants, ce facteur est considéré comme personnel et joue un rôle crucial dans le bon déroulement de l'interaction. Les professionnels de la santé sont conscients qu'il est nécessaire d'atténuer leur tempérament, mais exigent que les femmes puissent en faire autant à leur tour pour assurer le bon déroulement des consultations et de l'accouchement.

1. *L'approche médicale de la pratique obstétricale*

En Afrique, il était commun dans les villages d'avoir une sage-femme traditionnelle (une matrone) qui transmettait son savoir à une jeune femme de la communauté pour qu'elle poursuive le travail. Depuis l'avènement de la biomédecine occidentale, la pratique du métier de sage-femme s'est peu à peu professionnalisée et transformée. Le savoir de la pratique obstétricale occidentale s'est installé en Afrique avec la colonisation. Des écoles de santé ont été créées pour former des sages-femmes. De plus en plus fragmentée et spécialisée, la médecine a donné lieu à une division de plus en plus prononcée des professions médicales. Au Burkina Faso, ce ne sont pas seulement les sages-femmes qui

pratiquent les accouchements. L'École de santé offre aussi une formation d'accoucheuse. La différence entre les deux professions est mince. Les sages femmes ont un an de plus de formation que les accoucheuses. À la différence des accoucheuses, elles reçoivent un enseignement d'ordre plus général portant notamment sur la psychologie de la femme enceinte et les dimensions psychosociales du nourrisson. Elles ont également des cours plus spécifiques sur les pathologies gynécologiques. Les deux professions sont censées se compléter. Mais comme j'ai montré précédemment, cette hiérarchisation des professions amène des relations conflictuelles qui interfèrent dans les rapports avec les femmes enceintes.

2. La profession obstétricale : entre empathie et autorité

Selon la littérature, en Afrique, les sages-femmes sont comparables à des chefs autoritaires ou à des sorcières (De Sardan 2001, Vasseur and Gounongbé 2003-2004b). La perception de la sage-femme par la société est elle-même négative. Selon Vasseur, la propagation par la communauté d'une image de mauvaise femme pour caractériser la sage-femme contribuerait à réduire le pouvoir qu'on lui attribue :

« Discréditer des sages-femmes en propageant l'image de "mauvaise femme", limite dans l'esprit populaire, leur pouvoir potentiel et implicite de nuisance. Ce procédé est une façon de détruire, par l'imaginaire, l'objet qui porte atteinte à l'identité. C'est ainsi que certaines pratiques n'ayant pas leur place dans l'espace de soins seront dénoncées, telles que le tressage des cheveux [...] et l'utilisation de médicaments à des fins corruptrices. » (Vasseur and Gounongbé 2003-2004b).

Dans mon étude de terrain, je dirais que les intervenants occupant l'espace obstétrical oscillent entre deux paramètres : l'empathie et l'autorité. J'ai pu rencontrer lors de mes observations des sages-femmes et des accoucheuses très empathiques qui s'engageaient activement et positivement dans leur profession. Plusieurs éléments de leurs trajectoires personnelles et professionnelles pouvaient témoigner de leurs compétences humaines. Néanmoins, d'autres intervenantes (accoucheuses et sages-femmes) faisaient preuve de rigidité et d'autorité à l'égard des femmes enceintes. Les soignants qui font preuve d'autorité et de domination à l'égard des femmes incarnent le pouvoir que leur confère leur statut et présentent en eux-mêmes des facteurs individuels et personnels qui pourraient s'expliquer par leurs histoires de vie. En portant une attention particulière à la trajectoire professionnelle et surtout personnelle de ces femmes, et en les observant minutieusement sur leurs lieux de travail et dans leurs milieux familiaux, j'ai compris que cette rigidité transparaissait également dans leurs autres espaces de vie. Leurs trajectoires de vie peuvent expliquer cette autorité à l'égard des femmes enceintes. J'ai pu relever deux éléments clés susceptibles de m'éclairer sur leurs comportements personnels. Leurs motivations personnelles dans leur choix de carrière (particulièrement la participation au rite de la naissance et la solidarité féminine) et leurs trajectoires professionnelles (particulièrement l'expérience de travail en milieu rural) permettent de mieux cerner leurs comportements personnels et leurs interactions avec les femmes enceintes.

3. Être au cœur de la vie

La participation au rite de passage éminemment social qu'est la naissance d'un enfant représente un premier élément de motivation dans le choix de carrière des divers intervenants en obstétrique. Il semble même s'agir d'un critère principal puisqu'il figure de manière récurrente dans l'ensemble des entretiens.

« C'est un métier passionnant. Tu aides les gens. Tu assistes les gens dans la douleur. Tu es très contente quand tu suis une femme et qu'elle accouche dans de bonnes conditions et qu'elle est bien portante. Y a rien de tel. J'aime beaucoup ce que je fais. [...] J'aime rendre service. Ce que j'aime le plus dans ce métier-là, c'est la fin de la grossesse. Quand j'assiste, quand je vois que j'ai assisté à la conception de l'enfant jusqu'à [ce] qu'il vienne au monde. Je le vois naître. Je le vois. Je vois la vie. Voir naître une vie, c'est déjà passionnant. Et quand tu t'assois, tu as vu cet enfant depuis l'embryon jusqu'à ce qu'il devienne un être, tu l'as vu. C'est passionnant. » (Entrevue 12.)

« J'aime beaucoup, vraiment. Aider la femme à avoir un bébé, l'aider à évoluer. Voir la femme enceinte, l'aider à surmonter les douleurs, tous les problèmes jusqu'à avoir son enfant en bonne santé ». (Entrevue 13.)

« Si tu vois une femme qui est en travail, elle se débat. Après, quand l'enfant sort, c'est la joie. On rit. C'est tout ça. C'est ce qui m'a plu, être avec les enfants. » (Entrevue 15.)

4. Être femme, mère et sage-femme

La deuxième raison qui pousse les femmes à entreprendre une carrière de sage-femme ou d'accoucheuse est reliée au genre. C'est qu'avant tout elles sont des femmes²⁹, et la majorité d'entre elles ont déjà expérimenté les douleurs et difficultés de la grossesse et de l'accouchement. Ces professionnelles de la santé

²⁹ L'équipe soignante du centre de santé compte certes un maïeuticien. Ses tâches sont les mêmes que celles des sages-femmes. Mais la profession étant très largement dominée par les femmes, il apparaît important d'accorder une place dans l'étude aux aspects spécifiques au genre que mettent elles-mêmes en évidence les sages-femmes et les accoucheuses dans les propos recueillis.

sont conscientes du fait que les conditions des femmes enceintes sont très difficiles. J'ai senti lors de mes entrevues une sorte de solidarité féminine. Plusieurs de mes répondantes employaient le pronom personnel « nous » pour parler des femmes enceintes. Elles établissaient un lien, une attache avec ces femmes. Cette solidarité féminine est inhérente à leur besoin d'assister ces femmes dans les douleurs de l'accouchement, à leur désir réel d'offrir aux femmes les conditions sécuritaires pour leur accouchement. « En tout cas, ce qui me plaît le plus dans ma profession, je vis... j'aide les femmes. C'est aider quelqu'un qui souffre [...], lui donner la santé, quoi. Après la souffrance, c'est la joie. » (Entrevue 13.) Le fait qu'elles sont elles-mêmes des femmes et des mères permet ainsi aux sages-femmes et aux accoucheuses de comprendre aisément les femmes qui accouchent, de leur venir en aide et de les assister dans les douleurs.

5. *Le travail en milieu rural : une expérience troublante*

Lorsque j'ai interrogé les intervenants en santé au sujet de leurs trajectoires professionnelles, j'ai pu constater que leurs expériences de travail en milieu rural les ont fortement marqués. Au Burkina Faso, le ministère de la Santé exige des nouveaux diplômés de l'École de santé qu'ils occupent un premier poste en milieu rural. Cette exigence s'explique par le manque important de personnel médical dans les milieux ruraux. Le secteur public de la santé espère accroître par cette stratégie le nombre de professionnels de la santé dans des zones où le besoin est important. Par conséquent, les professionnels de la santé nouvellement diplômés sont amenés à acquérir leurs premières expériences professionnelles en

milieu rural pendant une période donnée avant de regagner la ville, s'ils le souhaitent. Tous les répondants indiquent que cela leur a fait prendre conscience des conditions de vie extrêmement difficiles des femmes qui vivent dans les campagnes. Je dirais que ces années d'expérience en milieu rural; nombreuses dans certains cas, ont amené les intervenants à s'investir davantage dans leur profession et à vouloir offrir aux femmes les meilleures conditions de grossesse et d'accouchement. Lorsque je leur demandais si des expériences les avaient marqués durant leurs années de travail, les professionnels de la santé mentionnaient tous des événements tragiques auxquels ils avaient assisté lorsqu'ils étaient affectés en campagne.

« Donc j'ai fait neuf ans. C'est très intéressant de vivre en campagne avec les femmes. Oui, parce que vous vivez vraiment les vraies réalités de l'Afrique. Ce sont des gens qui tant qu'ils n'ont pas l'autorisation du mari, ils ne vont pas consulter. J'ai vu des femmes qui sont mortes à cause de leur grossesse, à cause du mari. Des femmes qui sont venues devant la porte de la maternité et puis rendre l'âme à cause de leur mari. Et il fallait sensibiliser ces hommes-là pour qu'il sache qu'il faut voir la vie de la femme. Il ne faut pas seulement la voir comme un objet. » (Entrevue 13.)

« À mon premier poste, c'était là, mon premier poste, là, c'était l'hivernage, là. Une dame est partie aux champs. Elle était enceinte. On l'a laissée là-bas pendant quatre jours. On l'a amenée vers trois heures du matin avec une charrette. Quand elle est arrivée, j'ai fait son toucher et j'ai vu vraiment là que ça n'allait pas. Il n'y avait pas d'ambulances avant 17 kilomètres. Alors, on est allé chercher un vélo, pédalé. Lorsqu'ils sont revenus, la femme était morte. Jusqu'à présent, je ne peux pas oublier ça. » (Entrevue 20.)

Dans ce chapitre, j'ai examiné l'expérience des femmes dans leurs interactions avec le monde soignant. J'ai essayé tout au long du chapitre de montrer la complexité des échanges et de montrer combien les qualités sociales et humaines tiennent une place prépondérante dans l'amélioration de la pratique obstétricale. Ce chapitre met aussi en lumière la perception qu'ont les intervenants

en santé autour de l'évènement de la naissance. J'ai réalisé que les compétences que les professionnels de la santé disent être les leurs dans l'exercice de leur profession sont identiques à celles auxquelles les femmes accordent une grande importance pour évaluer la qualité du service. J'ai aussi décrit l'approche obstétricale et le statut de la sage-femme dans ce contexte. J'ai constaté que les motivations à la source du choix de carrière des intervenants, ainsi que leurs trajectoires personnelles et professionnelles, pouvaient me permettre de mieux comprendre les rapports qu'ils entretiennent avec les femmes enceintes et les parturientes.

Conclusion

« Les beautés de la pensée scientifique ne sont pas des beautés offertes à la contemplation. Elles apparaissent à l'effort de la construction. »

GASTON BACHELARD, *Le rationalisme appliqué*, 1949

Cette recherche visait à déchiffrer l'expérience de la maternité telle que la vivent les femmes burkinabées, particulièrement dans le contexte des services publics de santé, à comprendre la façon dont les intervenants, de leur côté, vivent l'activité de soins qu'ils exercent auprès de ces femmes et à mieux comprendre, enfin, les rapports qu'entretiennent entre eux ces groupes. Afin de pouvoir donner une dimension raisonnée à ces expériences, j'ai fait une étude de terrain dans un centre de santé de Ouagadougou, au Burkina Faso, pendant trois mois. La méthode utilisée était essentiellement qualitative, prenant appui sur des entrevues semi-dirigées et sur des observations ethnographiques faites durant les consultations prénatales et dans la salle d'accouchement. Les concepts utilisés pour comprendre cet espace social tirent leur origine de la sociologie de la domination de Bourdieu. J'ai adopté une démarche compréhensive et expérientielle développée par Dubet et j'ai fait appel à son concept d'*expérience sociale* pour arriver à comprendre les actions des acteurs et les logiques dans lesquelles les acteurs se situent.

Il a été question dans cette étude ethnographique de revenir sur les moments forts de l'expérience de la maternité et de dégager les logiques sous-jacentes à cette expérience. Ma recherche s'est appuyée à la fois sur les discours des femmes qui ont fait elles-mêmes l'expérience de la maternité et sur les discours des soignants, de façon à tenter d'offrir une vision d'ensemble des cadres d'interactions entre les acteurs qui soit aussi exhaustive que possible. La

reconstruction de la trajectoire de chacune des femmes rencontrées permet de dévoiler les éléments clés sur lesquels les femmes fondent leur vécu, ainsi que la manière dont elles appréhendent l'entrée dans l'institution et la rencontre avec les différents intervenants, appréhension qui joue sur la représentation que les femmes se font de la mise au monde. Mon travail met au jour une nouvelle façon d'envisager l'expérience de la maternité en confrontant simultanément les perceptions des deux groupes d'acteurs occupant la scène obstétrique. Alors que j'étais partie de l'idée, fort présente dans mes lectures, que les femmes enceintes et les parturientes seraient totalement dominées dans la relation thérapeutique, l'enquête de terrain montre des femmes dans des situations plus complexes. Elles évoluent dans des conditions difficiles, mais elles sont capables d'émettre des critiques à l'égard du système. Elles ne sont pas si passives. Elles ont des attentes et des demandes. Toutes les femmes rencontrées semblaient satisfaites de leurs rapports avec le personnel soignant. Elles ont mis en évidence les qualités relationnelles et les compétences sociales des professionnels de la santé : amabilité, chaleur humaine, accueil, humanité... Néanmoins, la perception qu'elles ont des services publics de manière plus globale est assez négative. La corruption, la violence verbale, la négligence professionnelle, l'escroquerie sont des éléments mentionnés par les répondantes pour décrire les services publics. L'étude a révélé que cette perception négative des services publics et l'incompréhension des politiques publiques de santé favorisent dans certaines circonstances la rigidité des rapports soignants-soignés.

La naissance au Burkina Faso est de l'ordre du social et du collectif, ce qui laisse peu d'autonomie aux femmes. Celles-ci tentent malgré tout de s'approprier

ce moment intime et personnel et fondent tous leurs espoirs sur les enfants qu'elles mettent au monde. L'enfant représente pour elles un soutien émotionnel, une garantie pour l'avenir, et il incarne la réalisation des projets qu'elles auraient souhaité faire.

Pour leur part, les intervenants en santé n'exercent pas systématiquement une violence à l'égard des femmes. Leur activité doit être perçue dans un contexte beaucoup plus large.

Les différents comportements ne sont pas généralisables. Les trajectoires personnelles et professionnelles des soignants recèlent des indices permettant de mieux comprendre leurs rapports avec les femmes enceintes. La participation en tant qu'acteurs clés à ce rite de passage qu'est la naissance d'un être, la solidarité féminine découlant du fait que la plupart d'entre eux sont des femmes, ainsi que l'expérience marquante qu'ils ont vécue en milieu rural sont pour les soignants des sources de motivation pour humaniser le plus possible les soins qu'ils prodiguent aux femmes.

Il a été question aussi dans ce mémoire de reconstruire le sens que donnent les professionnels de la santé aux actes qu'ils posent dans leurs relations avec les femmes enceintes. La recherche entreprise témoigne que certains s'investissent beaucoup dans leur profession et mettent leur humanité et leur compétence sociale au service des femmes. Commencer par reconnaître l'humanité des soignants est un grand pas pour une meilleure humanisation des soins en milieu obstétrical. Par contre, d'autres intervenants construisent un lien d'indifférence avec les femmes durant les consultations. Pour eux, la communication verbale devient peu à peu évanescence. Ils tentent d'expliquer cette indifférence dans les rapports avec les

femmes par le fait que le centre de santé, étant situé en milieu urbain, accuse une forte fréquentation quotidienne. Le temps leur ferait défaut pour construire un lien plus personnel avec les femmes enceintes. Enfin, pour d'autres intervenants encore, la construction d'un lien thérapeutique dans la pratique obstétricale ne semble pas importante. Lorsqu'une telle perspective est adoptée, le statut et la position sociale de l'intervenant sont prépondérantes et contribuent à modeler intégralement l'interaction avec la femme enceinte.

Le milieu hospitalier renferme certes en lui des normes, des pratiques, des représentations empreintes de pouvoir et de domination, mais les dimensions relationnelles, sociales et humaines viennent atténuer ces rapports inégalitaires. L'univers des soignants autour de l'événement de la naissance doit dès lors être compris comme un microcosme reflétant les réalités sociales de la société dans laquelle il s'insère. Le centre de santé du secteur 15 est un vaste espace social combinant les caractéristiques du milieu médical et les valeurs sociales, les aspects culturels propres à la société burkinabée.

La question de la maternité au Burkina Faso oscille dès lors inévitablement dans une tension entre ce qui est de l'ordre de l'intime, du privé, et ce qui est de l'ordre du collectif, du social. Pour améliorer la santé maternelle, je crois qu'il conviendrait avant tout de reconnaître l'humanité de certains soignants. Cette humanité devrait donner lieu à une véritable reconnaissance sociale de leur travail qui leur permettrait de participer au processus de mise en œuvre des politiques publiques de santé. Ce sont eux, en effet, qui pourraient être les acteurs clés de réformes sanitaires visant à améliorer la santé maternelle.

BIBLIOGRAPHIE

- Amone, J., A. Cattaneo, and A. Salome. 2005. User fees in private non-for profit hospitals in Uganda : A survey and intervention for equity. *International Journal For Equity in Health* 4.
- Arhin, T. 2000. Mobilizing Resources for Health: The Case of User Fees Revisited *WHO*.
- Asowa-Omorodion, F. I. 1997. Women's perceptions of the complications of pregnancy and childbirth in two Esan communities, Edo State, Nigeria. *Social Science & Medicine* 44:1817-1824.
- Balandier, G. 1955. "Sociologie actuelle de l'Afrique noire dynamiques des changements sociales en Afrique centrale ". Paris PUF
- Barthelemy, P. 2002. La professionnalisation des africaines en AOF (1920-1960) *Vingtième siècle, Revue d'histoire* 75:35-46.
- Barthélemy, P. 2003. La formation des africaines à l'école normale d'institutrices de l' AOFde 1938-1958. *Cahier d'études africaines* XLIII:371-380.
- Bayard, J. F. 1997. *L'illusion identitaire* Paris: Fayard
- Berloquin- Chassmany, P. 2005. *Le poids de l'apparence dans le monde noir. Un héritage africain à l'heure de la globalisation aux États-Unis*. Paris: Nuevo Mondo
- Bibeau, G., and T. K. Biaya. 1998. L'Afrique revisitée *Anthropologie & Sociétés* 22.
- Blundo, G., and O. De Sardan. 2001. La corruption au quotidien en Afrique de l'ouest *Politique Africaine* 83.
- Borel, F. 1992. *Le vêtement incarné*. Paris: Fayard
- Bourdieu, P. 1979. *La distinction critique sociale du jugement* Paris Les éditions de minuit
- . 1980. *Le sens pratique* Paris: édition minuit
- . 1984. Espace social et genèse des classes *actes de la recherche en sciences sociales* 52:3-12.
- Cheikh, H.-K. 1961. *L'aventure ambiguë*. Paris 10/18 domaine étranger.
- Cognet, M. 2004. "La vulnérabilité des immigrés, analyse d'une construction sociale " in *Identités, Vulnérabilités, Communautés* Edited by F. Saillant and C. Gaucher, pp. 155-188. Québec nota bene
- Comaroff, J. 1996. "The empire's old clothes, fashioning the colonial subject," in *Cross cultural consumption global markets local realities* Edited by D. Howes. London & New York: Rouhledge
- De Sardan, O. 2001. La sage femme et le douanier : Cultures Professionnelles et Culture Bureaucratique privatisée en Afrique de l' ouest *Autrepart* 20:61-73.
- De Sardan, O., and Y. Jaffré. 1995. *Anthropologie et développement : Essai en socio-anthropologie du changement social* Paris Karthala
- Diarra, A. 2003. La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé maternelle *APAD* 25.

- Dubet, F. 1994. *Sociologie de l'expérience*. Paris Le seuil
- Dudgeon, M. R., and M. C. Inhorn. 2004. Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. *Social Science & Medicine* 59:1379-1395.
- England, S., M. Kaddar, N. Ashok, and M. Pinto. 2001. Practice and Policies on User Fees for Immunization in Developing Countries *WHO*
- Ezembé, F. 2003. *L'enfant africain et ses univers* Paris Karthala.
- Fanon, F. 1952. *Peau noire, masques blancs* Paris: Pont, seuil
- Fassin, D. 1992. *Pouvoir et Maladie en Afrique Anthropologie Sociale de la Banlieue de Dakar* Les Champs de la Santé édition. Paris Presse Universitaire de France
- . 1996. "La santé et le politique," in *L'espace politique de la santé : essai de généalogie, sociologie d'aujourd'hui*. Paris: Presses universitaires de France.
- . 2000. Repenser les enjeux de santé autour de la migration *Homme et Migration* 5-12.
- Foucault, M. 1976. *Histoire de la sexualité, tome 1, volonté de savoir* Paris Gallimard
- Friedson, E. 1970. *Profession of medicine : A study of the sociology of applied knowledge* New York: Dodd
- Gandoulou, J.-D. 1989a. *Au cœur de la sape, mœurs et aventures de congolais à Paris*. Paris: L'harmattan
- . 1989b. *Dandies à Baongo, le culte de l'élégance dans la société congolaise contemporaine*. Paris L'harmattan
- Gauthier, A. 2006. Des évidences à l'incertitude : Interroger les liens thérapeutiques entre familles et équipe soignante au programme de transplantation de foie à l'hôpital Sainte Justine Université de Montréal
- Giddens, A. 1979. *Central problems in social theory* Berkeley: University of California Press
- Goffman, E. 1973. *Présentation de soi* Paris Edition Minuit
- . 1979. *Asile. Études sur les conditions sociales des malades mentaux et autres reclus* Paris Édition Minuit
- Good, B., and M.-J. DelVicchio. 1993. "Learning medecine. The construction of medical knowledge at Harvard medical school," in *Knowledge, Power and practice. The anthropology of everyday life*. Edited by S. Lindenbaum and M. Lock. Berkeley, California University of California Press
- Gordon, D. 1988a. "Clinical science and clinical expertise :Changing boundaries between art and science in medicine," in *Biomedecine examined. Culture, Illness, and healing*. Edited by M. Lock and D. Gordon. Dordrecht: Kluwer academic publishers
- . 1988b. "Tenacious assumptions in Western medicine " in *Biomedecine Examined. Culture, illness, and healing* Edited by M. Lock and D. Gordon. Dordrecht, Boston: Kluwer academic publishers
- Gralner, W., and R. Fox. 1968. *The emerging physician* Hoover Institution
- Grénais, M. E. 2001. "Communauté et État dans les systèmes de santé en Afrique," in *Systèmes et politiques de santé : De la santé publique à l'anthropologie* Edited by B. Hours. Paris: Karthala

- Grossmann- Kendall, F., and V. Flippi. 2001. Giving birth in maternity hospitals in Benin *Journal of Reproductive Health Matters* 9.
- Heald, S. 1995. The power for sex : some reflections on the Caldwell's African sexuality thesis *Africa* 65.
- Helle, S. 2004. Therapeutic itineraries : the medical field in rural Burkina Faso *Anthropology and medicine* 2:27-41
- Hutton, G. 2004. Charting the path to the World Bank's : "No blanket policy on user fees" A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future. *DFID Health Systems Resource Centre*.
- Jaffré, Y. 2003. Le souci de l'autre : audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée *Autrepart* 23.
- . 2004. Prolégomènes à une réforme des services de santé : De l'identification des dysfonctionnements à la définition d'outils efficaces *Médecine Tropicale* 64:527-532.
- Jaffré, Y., and J.-P. O. De Sardan. 2003. *Une médecine inhospitalière les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: APAD Karthala
- James, C., K. Hanson, B. Mc Pake, D. Balabanova, D. Gwatkin, S. Morris, I. Hopwood, C. Kirunga, R. Knippenberg, B. Meesen, A. Preker, Y. Souteyrand, A. Tibouti, P. Villeneuve, and K. Xu. 2006. To retain or remove user fees ? Reflections on the current debate in low and middle-income countries *Applied health economic health policy* 5:137-153.
- Jansen, I. 2006. decision making in childbirth : The influence of traditional structures in a Ghanaian village *International nursing review* 53:41-46
- Jowett, M. 1999. Bucking the trend health care expenditures in low income countries 1990-1995. *international journal of health planning and management* 14:269-285.
- Keith, R., and P. Shackleton. 2006. Paying with their Lives : The cost of illness for Children in Africa *Save The Children*.
- Le Blanc, G. 2002. Le conflits des médecines *Esprit* 284:71-86.
- Lock, M. 2002. "Medical knowledge and body politics," in *Exotic no more. Anthropology on the front lines*. Edited by MacClancy. Chicago: Chicago university press.
- . 2005a. "Anthropologie médicale : pistes d'avenir " in *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Edited by F. Saillant and S. Genest. Québec: Les presses de l'université de Laval
- . 2005b. Inventing a new death and make it believable *Anthropolgy & medicine* 9:97-115.
- Meinert, L. 2004. Resources for health in Uganda Bourdieu's concepts of capital and habitus *Anthropology & medicine* 11:11-26.
- Mercadier, C. 2004. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant / soigné* Paris Seli Arslan
- Ministère. 2000. "Plan national de développement sanitaire ". Edited by M. d. I. santé, pp. 64. Ouagadougou, Burkina Faso.
- Moussa, H. 2003. Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : Ethnographie des consultations de planification familiale a Niamey, Niger *APAD* 25:49.

- Mugisha, F., B. Kouyate, A. Gbangou, and R. Sawerborn. 2002. Examining out of pocket expenditures on health care in Nouna, Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health* 17:187-196.
- Nasah, Mati, and Kasonde. 1997. *Contemporary issues in maternal health in Africa* Academic public Africa
- Nii-Amoo, D. 1996. Men, Women and the fertility question in Sub-Saharan Africa, an example from Ghana *African studies review* 39:29-41.
- Nikiéma-Heinmüller, B., and M. Borchert. 1998. *Appréciation de la qualité des soins par la population dans un district sanitaire du milieu rural au Burkina Faso*. Projet de recherche-action pour l'amélioration des soins de santé
- Priya, N. 2002. Gender dimensions of user fees: implications for women utilization of health care. *Reproductive health matters* 10:127-134.
- Ridde, V. 2004. L'initiative de Bamako, 15 après : Un agenda inachevé *The World Bank*
- . 2006a. Appréhender les conceptions locales de l'équité pour formuler les politiques publiques de santé au Burkina Faso. *IUHPE-Promotion & Education* 13:252-256.
- . 2006b. *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris: L'harmattan
- . 2006c. *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris: L'harmattan
- Rossi, I. 2003. Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration *médecine & hygiène*:2039-2042.
- Russell, S. 1996. "Ability to pay for health care: concepts and evidence," vol. 11, pp. 219-237.
- . 2004. The Economic burden of illness for households in developing countries : A review of studies focusing on malaria, tuberculosis and human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome. *The American Society of Tropical Medicine & Hygiene* 71:147-155.
- Samelson, H., and S. Vibeko. 2004. The relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology: exploring new sites *Anthropology & medicine* 11:3-10.
- santé, M. d. l. 2001. "Document de politique sanitaire nationale." Edited by M. d. l. santé, pp. 31. Ouagadougou, Burkina Faso
- Sepehri, A., and R. Chernomas. 2001. Are user charges efficiency and equity enhancing ? A critical review of economic literature with particular reference to experience from developing countries. *Journal of International Development* 13:183-209.
- Silke, J. D. 2007. The value of children in African countries insights from studies on infertility *journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 28:69-77.
- Sow, F. 2007. "Vivre sa santé, pratiques, représentations, enjeux pour les femmes en Afrique Subsaharienne " in *Santé des femmes et qualité de vie* Québec, Canada: Université Laval.
- Tremblay, M. A. 1966. Les fonctions de l'hôpital dans la nouvelle société. *Université Laval*

- Turshen, M. 1991. *Women and health in Africa* New Jersey Africa world press
- Uzochukwu, B., and O. Onwujekwe. 2004. Socio economic differences and health seeking behaviour for the diagnosis and treatment for malaria: A case study of four local government areas operating the Bamako initiative program in South East Nigeria *International Journal for Equity in Health* 3.
- Vallabrega, J. P. 1962. *Relation thérapeutique : malade médecin* Paris: Flammarion
- Van der Geest, S., and K. Finkler. 2004. Hospital ethnography : Introduction *social science & medicine* 59:1995-2001.
- Vasseur, P., and A. Gounongbé. 2003-2004a. Attributions de causalité et conscience professionnelle chez les sages femmes en Afrique de l'ouest : les ressorts d'une erreur fondamentale *Psychopathologie Africaine* 32.
- . 2003-2004b. Attributions de causalité et conscience professionnelle chez les sages femmes en Afrique de l'ouest : les ressorts d'une erreur fondamentale *Psychopathologie Africaine* 32.
- Weber, M. 1995. *Économie et Société* Paris Pocket
- Witter, S. 2005. An unnecessary Evil, User fees for Health Care in Low Income Countries *Save The Children*

